



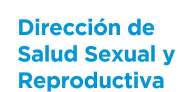




MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Guía práctica para profesionales de la salud

Actualización 2019



Secretaría de
Gobierno de Salud



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Guía práctica para profesionales de la salud

Presidente de la Nación
Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social
Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud
Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos
Dr. Mario Sergio Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
Dr. Daniel Espinosa

Directora de Salud Sexual y Reproductiva
Dra. Silvia Oizerovich

Coordinadora Técnica de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
Dra. Gabriela Perrotta

PRÓLOGO

Esta guía vuelve a editarse para actualizar su contenido y ser útil como herramienta de consulta para los equipos de salud de hospitales, centros de salud, obras sociales y servicios de medicina pre-paga en sus prácticas cotidianas de atención en salud sexual y salud reproductiva.
Como en todos los materiales de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR), esta herramienta actualizada tiene como objetivo contribuir a garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en este caso mejorando el acceso, el uso y la adherencia a los métodos anticonceptivos.
Como sus primeras ediciones, ha sido elaborada en forma conjunta por la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el equipo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.

Nuevamente, la guía cuenta con información actualizada, validada científicamente y de uso práctico sobre los métodos anticonceptivos.
El material refuerza la importancia de la consejería para garantizar el acceso a la información y la elección del método anticonceptivo más adecuado para cada persona.

Dentro de las políticas públicas de acceso a la anticoncepción, se hace hincapié en los métodos anticonceptivos de larga duración (LARCs), por ser más efectivos y no necesitar de la acción cotidiana de la usuaria, se refuerza la importancia del acceso a la anticoncepción de emergencia y, como siempre, la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual con el uso del preservativo.

La estrategia de anticoncepción inmediata post- evento obstétrico (AIPE) es otro de los ejes de trabajo que refuerza esta guía, como una estrategia necesaria para la prevención de embarazos no intencionales.

Esta guía retoma los ejes prioritarios de la DSSyR y, desde allí, se hace hincapié en el trabajo interdisciplinario del equipo de salud, para enriquecer el abordaje integral en la atención, siempre enfocada a garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas las personas (incluyendo personas con discapacidad, diferentes orientaciones sexuales e identidades de género, etc.), brindando información, respetando las decisiones autónomas y favoreciendo la adherencia al método anticonceptivo para prevenir embarazos no intencionales y evitar abortos inseguros.

Esperamos que esta guía sea de utilidad para los equipos de salud.

Directora de Salud Sexual
y Reproductiva
Dra. Silvia Oizerovich

Coordinadora Técnica de la Dirección
de Salud Sexual y Reproductiva
Dra. Gabriela Perrotta

Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud

Serie: Actualización Profesional

Edición 2019:
La actualización de la presente Guía estuvo a cargo del Equipo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR), dependiente de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA), con la colaboración de la Dra. Belén Provenzano Castro.

Actualización de contenidos: Luciana Azcárate (DSSyR), Marina Lini Chien (DSSyR), Ofelia Musacchio (DSSyR), Silvia Oizerovich (DSSyR), Gabriela Perrotta (DSSyR), Stella Maris Sappa (DSSyR) y Belén Provenzano Castro.

Revisión de contenidos: Lía Arribas (AMADA), Silvia Bonsergent (AMADA), Carlota López Kauffman (AMADA), Gabriela Kosoy (AMADA), Marisa Labovsky (AMADA), María Laura Lovisolo (AMADA), Alejandra Martínez (AMADA), María Elisa Moltoni (AMADA), Mariela Orti (AMADA), Silvina Pradier (AMADA) y Analía Tablado (AMADA).

Actualización y revisión de contenidos específicos: José Barletta (DSyETS), Damián Brat (DSSyR), Romina Castellani (DSSyR), Leonel Crudo (DSSyR), Rubi Fagioli (DSSyR), Diego García (DSSyR), Constanza Leone (DSSyR), Nicolás Linares (DSyETS), Sergio Martínez (DSyETS), Fernanda Salomé Varino Pérez (DSSyR) y Julia Recchi (DSyETS).

Coordinación general y edición: Luciana Azcárate (DSSyR) y Ofelia Musacchio (DSSyR).

Diseño: Walter Oxley (DSSyR).

Corrección: Luciana Azcárate (DSSyR), Tali Miculitzki (DSSyR) e Isis Pereyra (DSSyR).

Edición 2014:
La publicación 2014 fue elaborada por la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación. Elaboración de contenidos médicos: Belén Provenzano (PNSSyPR), Silvia Chera (PNSSyPR) y AMADA.

Edición: Eva Amorín (PNSSyPR)
Coordinación General de Información Pública y Comunicación / Coordinadora Valeria Zapesochny

Diseño: Ma. Eugenia de León (Coordinación General de Información Pública y Comunicación)

Producción fotográfica: Sebastián Dupuy / Agustina de la Puente (Coordinación General de Información Pública y Comunicación)

Ilustraciones: Selva Zabronski

Corrección ortográfica y de estilo: Pablo Santiago y Milena F. Randucci

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Av. Rivadavia 875, Piso 7
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfonos: (+54 11) 4342 3470 / 3484 / 3375
Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar

Línea 0800 Salud Sexual: **0800 222 3444**

ÍNDICE GENERAL







ÍNDICE DE CUADROS

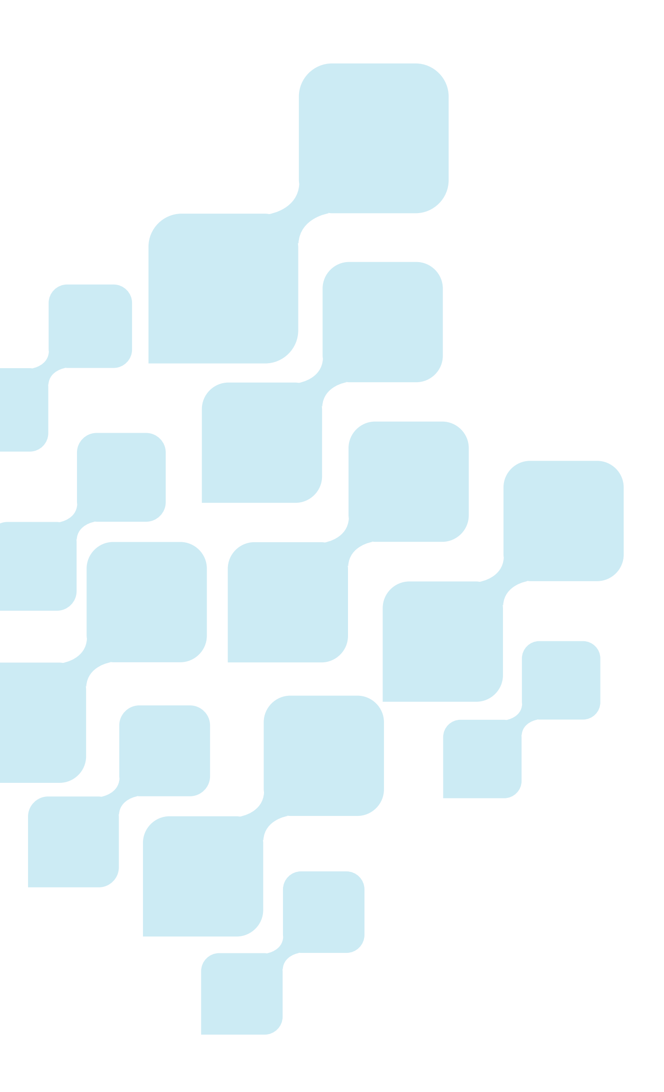
ÍNDICE DE FIGURAS



Capítulo 1
Consejería en salud sexual y salud reproductiva

Puntos clave

- ✓ La consejería es una estrategia de trabajo en salud que se basa en la comunicación.
- ✓ Consiste en la construcción de un vínculo de confianza entre agente de salud y usuaria/o.
- ✓ Su objetivo es brindar información de calidad, orientar y acompañar a las personas en la toma de decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva, promoviendo su autonomía y sin abrir juicios de valor.
- ✓ Implica el abordaje desde la singularidad de la situación de quien consulta.
- ✓ Si quien consulta es una persona con discapacidad, es central realizar los ajustes razonables necesarios y ofrecer apoyos para que ejerza su autonomía.
- ✓ Apunta a proveer un método anticonceptivo sin demoras ni dilaciones cuando la usuaria o el usuario lo requieran.
- ✓ La consejería en salud sexual y salud reproductiva forma parte de la atención integral en salud.
- ✓ Muchas veces, es la única oportunidad que tienen las personas de plantear a un equipo de salud cuestiones vinculadas a su sexualidad.
- ✓ Esta Guía contiene información y recomendaciones basadas en evidencia científica, y está elaborada con el objetivo de mejorar la calidad de la atención en todos los servicios de salud, sean públicos o privados.



1.1. LA IMPORTANCIA DE LA CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA[1]

El abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva sitúa al equipo de salud frente a personas que en la mayoría de los casos no acuden por una enfermedad, sino para ***tomar decisiones*** sobre aspectos íntimos y complejos de la propia vida vinculados con la sexualidad.

Cuando la usuaria o el usuario consultan pueden ponerse en juego sus relaciones sentimentales y familiares, su proyecto de vida y el grado de autonomía que puedan tener para disponer de su cuerpo en el marco de las relaciones desiguales entre los géneros, entre otros diversos aspectos de sus vidas.

Esto implica, para el equipo de salud, tomar en cuenta no sólo la situación de salud-enfermedad de esa persona, sino también sus ideas, creencias, preferencias y posibilidades, según su historia y condiciones de vida. Es decir, abordar la *singularidad* de ese ser humano.

En la situación de las personas con discapacidad (PCD), es fundamental tener en cuenta la implementación de ajustes razonables[2], así como el ofrecimiento de apoyos[3], para garantizar que puedan, al igual que el resto de las personas, tomar decisiones informadas y autónomas.

En este sentido, el modelo de consejerías en salud sexual y salud reproductiva es un espacio de atención con criterio de clínica ampliada: *una atención centrada en las personas reales*, donde el problema de salud es parte de su existencia. La atención de la salud sexual y la salud reproductiva incluye al problema, al *contexto* y al propio sujeto.

1. Este capítulo fue actualizado en base al Documento de trabajo “Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación”. (DSSyR, 2019).
2. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) define a los “ajustes razonables” como las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (Art. 2). Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud.
3. Se hace referencia a la presencia y acompañamiento de personas que puedan facilitar la comprensión para la toma de decisiones. Estas personas pueden ser o no familiares, pueden ser personas de confianza de la persona usuaria o puede generarse un sistema de apoyo desde el equipo de salud, por ejemplo convocando a organizaciones u otros organismos. Es necesario que su presencia sea aceptada por la persona con discapacidad. En algunas situaciones pueden estar designados/as por sentencia judicial. Nunca las personas de apoyo pueden reemplazar en la voluntad a las personas con discapacidad; su rol es solo facilitar la toma de decisiones por parte de la persona con discapacidad.

1.2. ¿QUÉ ES LA CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA?

La consejería es un espacio de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias, que tiene como objetivo principal fortalecer su autonomía para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera lo más consciente e informada posible.

Este modelo de atención parte del saber que tienen las personas sobre sí mismas y sobre las temáticas de la consulta, habilitando la posibilidad de trabajar a partir de los propios recursos de cuidado de los que siempre disponen, en mayor o menor medida. En este sentido, entonces, en el encuentro de las consejerías se habilita una construcción conjunta de saberes –entre el equipo de salud y las personas consultantes– sobre temas relacionados con la salud en torno a la sexualidad y a la reproducción como parte integral de las personas y, por ello, con sus características de singularidad.

Dentro de estos espacios hay diversos **contenidos temáticos** a ser abordados, entre ellos:

- Anticoncepción.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Recursos de cuidado para el ejercicio de una sexualidad libre y plena.
- Reflexiones en torno a las relaciones de género y posibilidades de elegir.
- Negociación del uso de preservativos como estrategia preventiva.
- Ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSyDR).
- Situaciones de vulnerabilidad de las personas en relación a sus vínculos.

Acompañar, brindar información oportuna, accesible, adecuada y actualizada científicamente y contribuir con la construcción de autonomía de la persona usuaria, requiere del desarrollo de competencias por parte del equipo de salud. Es por eso que los espacios de capacitación individual y colectiva son componentes indispensables del espacio de consejería.

1.2.1. Principios de la consejería

El modelo de trabajo de Consejería implica tener en cuenta la realidad de las personas como sujetos de derechos, e insertas en un contexto cultural y social. Está orientado por la *perspectiva de derechos, el enfoque de género y la perspectiva de diversidad.* En estas perspectivas deben estar incluidas las PCD.

1.2.1.1. Perspectiva de derechos

Atender desde una perspectiva de derechos significa orientar la consulta hacia el cumplimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que son el marco legal desde el cual el equipo de salud desarrolla la consejería.

- Los *derechos sexuales* establecen la garantía de disfrutar de una sexualidad libremente elegida, sin sufrir violencia ni abuso sexual, con posibilidades de evitar los riesgos de transmisión de enfermedades, y con respeto de la orientación sexual y de la identidad de género de cada persona.

Respecto de los derechos sexuales, en la consejería se debe tener en cuenta, por ejemplo, respetar el nombre elegido por cada persona, formular preguntas amplias que no presupongan la heterosexualidad, así como identificar posibles situaciones de abuso y/o violencia sexual, y facilitar la escucha sobre temores, molestias y dificultades de las personas en el disfrute de su sexualidad.

- Los *derechos reproductivos* son definidos como la posibilidad de decidir, en forma autónoma y sin discriminación, si tener o no tener hijos/as, el momento de tenerlos, cuántos/as tener, con quién y el espaciamiento entre sus nacimientos.

Para el cumplimiento de los derechos reproductivos, en la consejería debe brindarse información suficiente, accesible y en

términos comprensibles. En caso de que la persona decida usar un MAC, brindar gratis el que mejor se adapte a sus posibilidades de salud y preferencias.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son reconocidos como derechos humanos básicos y, por lo tanto, inalienables, integrales e indivisibles.

Los DSyDR son inherentes a todas las personas con y sin discapacidad, sin distinción de edad, clase, etnia, nacionalidad, orientación sexual o religión. Son derechos tan importantes como el derecho a la vida, a la salud, a la calidad de vida y a la libertad, con los cuales están directamente relacionados.
Las PCD tienen los mismos derechos que las demás personas. Es central fortalecer en la consejería su autonomía, puesto que se trata de un grupo muy vulnerado respecto del ejercicio de sus derechos sexuales y también de sus derechos reproductivos.

1.2.1.2. Enfoques de género y diversidad

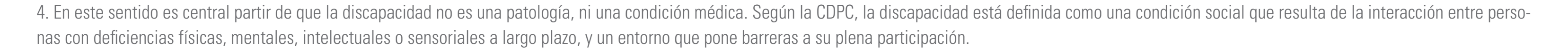
Los enfoques de género y de diversidad implican reconocer que el ejercicio de los derechos (entre ellos los sexuales y los reproductivos) no es igual para todas las personas, porque existen condiciones de desigualdad social, relaciones de poder, prejuicios y mandatos sociales que limitan su ejercicio. Estas perspectivas permiten que podamos visualizar la sexualidad con la complejidad que la caracteriza y nos permite orientar nuestro rol en pos de garantizar a todas las personas el pleno disfrute de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tomando cada situación particular.

El *enfoque de género* tiene en cuenta las desigualdades existentes producto de construcciones sociales que atribuyen determinados roles y características a las personas según el sexo y el género asignados al nacer. La *perspectiva de la diversidad sexual y corporal* implica tener en cuenta que la variabilidad de orientaciones sexuales, identidades de género, así como de las corporalidades mismas, son parte inherente de la condición humana. Nos desafía a pensar más allá de modelos binarios y unívocos. Esta perspectiva implica también la posibilidad de pensar a las condiciones de discapacidad[4] como diversidades (corporales y/o funcionales). Ambos enfoques tienen por objetivo **tomar en cuenta las desigualdades naturalizadas** que dejan en situación de mayor vulnerabilidad a mujeres, personas con discapacidad, lesbianas, gays, travestis, personas trans, intersex, entre otras. Tomar en cuenta esas desigualdades es necesario **para poder favorecer el pleno ejercicio de la autonomía de todas las personas.**

En el trabajo de consejería es importante tener en cuenta que las desigualdades de género están naturalizadas y dejan en situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres, personas con identidades disidentes y a las personas con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexualidad dominante.

Las construcciones de género, y que no incorporan la diversidad, afectan gravemente a las mujeres, sometiéndolas a situaciones de violencia que dificultan su autonomía y posibilidades de autodeterminación especialmente en relación con sus cuerpos. Afectan también a las personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes. En este sentido, el pensamiento binario (varón/mujer) y la heterosexualidad obligatoria restringen fuertemente el ejercicio de los derechos más básicos de personas travestis, trans, gays, lesbianas, etc.

Los varones también se ven afectados a partir de una imagen estereotipada de la masculinidad que deja afuera aspectos del desarrollo integral de las personas y que los pone en una situación de prescindencia en relación a su propio cuidado y al cuidado de otras y otros.



4. En este sentido es central partir de que la discapacidad no es una patología, ni una condición médica. Según la CDPC, la discapacidad está definida como una condición social que resulta de la interacción entre personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, y un entorno que pone barreras a su plena participación.



Incorporar el enfoque de género y de diversidad en el equipo de salud permite estar alerta sobre la necesidad de, por ejemplo, conversar con las mujeres sobre el grado de autonomía que tendrán para usar el método anticonceptivo requerido, si podrá acordarlo con la pareja sexual o deberá ocultar su uso; si tiene posibilidades de decidir cuándo tener relaciones sexuales o si vive una situación de coerción o violencia sexual. Permite también reconocer que las personas con discapacidad pueden llevar una vida sexual activa y por lo tanto, tienen derecho a recibir asesoramiento en uso de métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual.

El enfoque de género y diversidad permite, además, **no presumir la heterosexualidad de las personas** habilitando consultas sobre prácticas sexuales diversas.

Estereotipos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad

Una de las principales barreras al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas con discapacidad (PCD) tiene que ver con la atribución equivocada de una serie de estereotipos sobre su sexualidad. Muchas veces se considera a las PCD como asexuadas o aniñadas. Por el contrario, en ocasiones se les atribuye un comportamiento sexual irrefrenable. También se suele suponer que siempre son objetos de abuso o que son incapaces de consentir una relación sexual. Y es común que a partir de estos estereotipos se considere a las PCD como incapaces de tener y/o criar sus hijas/os.
A pesar de estos estereotipos, **las PCD son titulares de derechos** y, al igual que las demás personas, **tienen la capacidad jurídica para tomar sus propias decisiones y ejercer todos los derechos sexuales y los derechos reproductivos.** Por lo tanto, para el ejercicio de esos derechos requieren información en forma accesible, atravesar por procesos de aprendizaje, contar con sistemas de apoyos y que se realicen en los efectores los ajustes razonables que requieran.

1.3. TIPOS DE CONSEJERÍA

La reflexión acerca de la salud sexual y la salud reproductiva puede propiciarse tanto en espacios individuales como en encuentros grupales e incluso mediante acciones comunicacionales en el ámbito institucional o comunitario.
Las consejerías son espacios privados y confidenciales que pueden adoptar diferentes formas y ocurrir en diversas situaciones de atención. El ordenador de este encuentro y su particularidad, es que está centrado en la necesidad de la/s persona/s. Se identifican **dos modalidades:**

- la *consejería* propiamente dicha;
- la *oportunidad en la asistencia.*

En cuanto a la ***consejería*** propiamente dicha, es un espacio pensado específicamente para propiciar reflexiones, brindar información y acompañar la toma de decisiones. Como dispositivo ad hoc, el encuadre y la disponibilidad de tiempo son diferencias fundamentales con respecto a la oportunidad en la asistencia. La cita puede ser espontánea o programada, pero requiere mayor disponibilidad de tiempo, y se debe garantizar un espacio íntimo y sin interrupciones.

En ***oportunidad en la asistencia***, por otro lado, es posible que se cuente con menor cantidad de tiempo, pero es una ocasión válida para generar un vínculo de confianza que habilite las demandas en relación con las necesidades de las personas.

En ambas modalidades el objetivo es entablar un nexo que permita que la persona tome la palabra para expresar sus necesidades. Sin embargo, en la consejería propiamente dicha hay una demanda activa por parte de la persona, mientras que en la oportunidad en la asistencia se trata de una propuesta que hace el/la profesional, por eso es una posibilidad de consejería, nunca una imposición. Puede darse en el consultorio cuando la persona se acerca por otro motivo, en espacios de internación o en la comunidad.

1.4. ALGUNAS CLAVES PARA LA COMUNICACIÓN DURANTE EL ENCUENTRO DE CONSEJERÍAS

Comunicar claramente la información. Es importante brindar información en relación con opciones disponibles, avances científicos, riesgos y todo lo pertinente a la temática trabajada. No ocultar información, adaptar el lenguaje a la persona usuaria y confirmar que lo dicho sea comprendido.

Invitar a hablar hasta donde la persona desee hacerlo. Para ello, es indispensable asegurar la privacidad, la confidencialidad y el respeto por su intimidad. Invitar a la persona a que exprese lo que necesite acerca de su sexualidad sin "hurgar" sobre cuestiones que la persona no desea compartir.

Establecer una comunicación empática. Es importante escuchar lo que la persona dice, generando un clima contenedor y prestando atención también a los sentimientos y emociones en juego.

Dar lugar al silencio. En la medida en que se abra un espacio que permita momentos de silencio, es probable que las personas se animen a preguntar o a expresar lo que necesiten.
Tener en cuenta las creencias y saberes de las personas. Es indispensable recordar que los saberes previos, creencias, temores y sentimientos de la persona, en relación con su salud sexual y su salud reproductiva, son material imprescindible para la toma de decisiones.

No juzgar ni valorar opiniones o decisiones de la persona usuaria. El rol del equipo de consejería no es juzgar las conductas de la persona usuaria ni decirle lo que debe hacer, por eso es importante asumir una actitud y un tono que no resulten sancionadores, taxativos o terminantes.

Tener en cuenta las desigualdades sociales y los condicionamientos de género. Es importante generar un espacio para que estas cuestiones puedan ser conversadas, para brindar herramientas y pensar conjuntamente estrategias que favorezcan elecciones libres.

No presuponer que la persona usuaria es heterosexual. Esto produce, habitualmente, que algunas personas oculten su orientación sexual por temor o vergüenza, y no se vean habilitadas para hacer consultas sobre preocupaciones acerca de su salud sexual y su salud reproductiva.

Presumir siempre la capacidad de las personas. Todas las personas, con o sin discapacidad, son titulares de sus derechos (Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud). Esto significa que siempre son ellas quienes deciden y consienten sobre las prácticas de salud sexual y salud reproductiva, más allá de que puedan estar acompañadas o necesiten un sistema de apoyo.

1.5. CAPACITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD

Para realizar consejerías es necesario **desarrollar algunas competencias, que son habilidades que las personas pueden incorporar a través del aprendizaje y la experiencia**. Un espacio que facilita este aprendizaje son las reuniones de equipo para la reflexión crítica sobre las prácticas, desde una mirada que incorpore la complejidad en salud y el propio quehacer. Los espacios de formación deben permitir revisar los propios prejuicios o creencias, trabajar sobre habilidades comunicacionales, desarrollar herramientas de gestión y articulación con otras áreas del sistema de salud, fortalecer el trabajo en equipo, contar con información actualizada y validada científicamente sobre distintos temas y tener conocimiento sobre los saberes populares en relación con la salud sexual y la salud reproductiva propios de su comunidad.

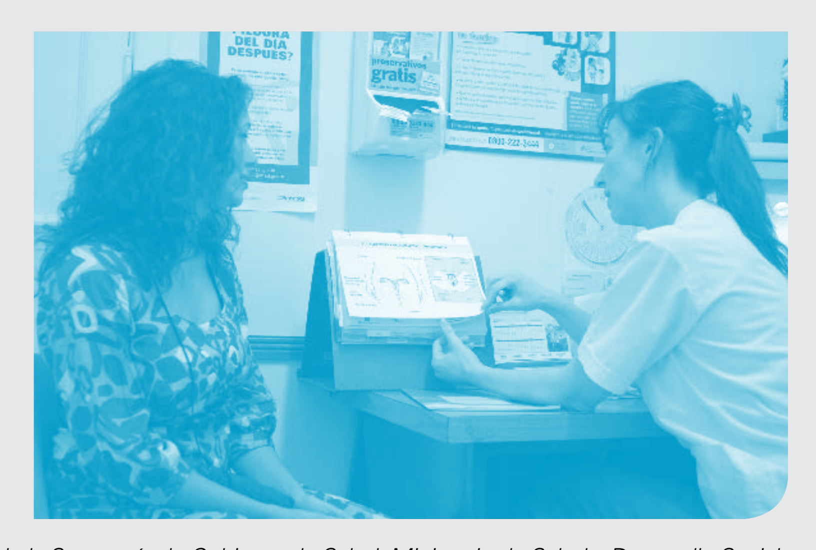
Para más información sobre el dispositivo y la entrevista de consejería consultar la Guía de "Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación" de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR).



1.6. OPORTUNIDAD PARA EL TESTEO DE INFECCIÓN POR VIH, SÍFILIS Y OTRAS ITS*

Puntos clave

- ✓ La consulta por métodos anticonceptivos es una oportunidad para ofrecer el testeo de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- ✓ Es obligatorio ofrecerlo a personas embarazadas para prevenir la transmisión vertical.
- ✓ El VIH con los tratamientos actuales puede ser una infección crónica.
- ✓ El test de VIH es voluntario, gratuito y confidencial.
- ✓ Se requiere un equipo de salud preparado para abordar el tema en la consulta.



** Elaborado en colaboración con la Dirección de Sida y ETS, de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social.*

Los espacios de consulta en relación a la salud sexual (consulta médica, consulta anticonceptiva, consejerías, etc.) pueden ser excelentes oportunidades para **ofrecer información** sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), y **promover el testeo de VIH, sífilis y otras ITS.**

El test de VIH es voluntario y confidencial. Desde el año 1994 es posible evitar la transmisión vertical del VIH a través del uso de medicación durante el embarazo y parto, y desde el año 1996 (momento en el que se comenzó a implementar el uso de la terapia antirretroviral combinada) todas las personas que resultan infectadas con VIH pueden disponer de la medicación de modo gratuito. En la actualidad, la terapia antirretroviral permite que la infección por **VIH se trate como una infección crónica.**

A su vez, el testeo para sífilis, hepatitis B y otras ITS contribuye a realizar un diagnóstico oportuno, acceder al tratamiento y, en caso de embarazo, disminuir la sífilis congénita y la transmisión vertical de otras ITS.

1.6.1. Transmisión de sífilis

La sífilis es una **infección de carácter sistémico,** producida por una bacteria llamada Treponema pallidum, que se transmite a través de las relaciones sexuales sin protección, durante la gestación y el parto.

En los últimos años en la Argentina se incrementó la tasa de sífilis en población general, la tasa de pruebas de tamizaje con resultados positivos durante el control prenatal y la tasa de sífilis congénita (SC). La transmisión de la sífilis al feto durante el embarazo (SC) puede tener consecuencias graves como partos prematuros, abortos y muerte neonatal. Los daños durante el embarazo son prevenibles si se detecta y se trata a tiempo, así como también los daños potenciales devenidos de la infección en la población general. La **infección es curable, de forma sencilla, mediante la administración de antibióticos.**

1.6.2. Diagnóstico de sífilis

El diagnóstico de sífilis involucra la combinación de dos tipos de pruebas serológicas, llamadas pruebas treponémicas (PT) y pruebas no treponémicas (PNT). Existen distintos tipos de algoritmos, el convencional utiliza como tamizaje una PNT, llamada VDRL y como confirmación de la infección una PT. El algoritmo reverso, como su nombre lo indica, comienza con una PT.

1.6.3. Transmisión de VIH

Los únicos fluidos que transmiten el **virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)** son la sangre, el líquido preseminal, el semen, los fluidos vaginales y la leche humana. Por eso, si una persona tuvo relaciones sexuales anales, vaginales u orales con posibilidad de transmisión (sin preservativo y/o campo de látex o con uso incorrecto de los mismos); si compartió agujas, jeringas, canutos[5]; si recibió una transfusión de sangre no controlada, es importante que pueda acceder al testeo de VIH, debido a que es la única forma en que una persona puede saber si está infectada o no. En la actualidad y desde hace algunos años el 98% de nuevas infecciones de VIH suceden en las relaciones sexuales sin protección.

1.6.4. El testeo de VIH

El test de VIH es un análisis de sangre que se hace en forma gratuita en los establecimientos sanitarios del subsistema público de salud del país. Además de ser gratuito, la Ley Nacional N° 23.798 de Sida establece que el mismo debe ser voluntario y confidencial.

La voluntariedad implica que:

• Las personas que consultan (o a las que se le ofrece el test) demandan la realización de la prueba por una decisión personal tomada sobre la base de información que consideran consistente (ver más adelante lo relativo al asesoramiento).

5. Se llama "canuto" al adminículo que se utiliza para aspirar cocaína.

• La calidad del asesoramiento que reciba la persona antes del test influirá en su decisión de realizarlo, así como en la decisión de retirar el resultado.

• Luego de que se brinda asesoramiento y antes de realizar la extracción de sangre, es preciso que la persona firme la declaración de voluntad en el marco del proceso de consentimiento informado.

Muchas personas temen solicitar el test de VIH por miedo al estigma y a la discriminación que todavía pesa sobre quienes tienen esta infección. Por lo tanto, la oferta del test debe hacerse en un marco de *confidencialidad*. En la Argentina, existe la obligación legal de no revelar sin autorización la información obtenida durante el proceso de asesoramiento y diagnóstico.

1.6.4.1. Test a personas embarazadas y a sus parejas

Desde el año 1997 **es obligatorio ofrecer el test de VIH a las personas que cursan un embarazo.** El diagnóstico de la persona embarazada es importante para dar inicio al tratamiento oportuno, lo que mejora la evolución clínica de la infección y, además, permite disminuir la posibilidad de transmisión vertical.

El momento del embarazo es también una oportunidad para ofrecerle el test de VIH **a la/s pareja/s sexuales de la persona embarazada,** en caso de que la/s tuviera. Si alguna de estas personas tuviera VIH, podría empezar su tratamiento y, además, utilizar el preservativo y/o campo de látex durante las relaciones sexuales para impedir la transmisión del virus a otras personas como así también su reinfección.

1.6.4.2. Resultados posibles y período ventana

El **diagnóstico de VIH consiste en la realización de pruebas secuenciales.** En la primera etapa, denominada de tamizaje, se utilizan pruebas diagnósticas de alta sensibilidad, que pueden ser técnicas serológicas convencionales (ELISA) o test de detección rápida que detectan anticuerpos o antígenos y anticuerpos. La toma de la muestra de sangre se realiza mediante la extracción de sangre venosa en el caso de las pruebas convencionales, o de sangre capilar obtenida por punción digital para las pruebas de detección rápida. En ninguno de los dos casos se requiere que la persona esté en ayunas, alcanza sólo con no haber ingerido alimentos con grasa por lo menos dos horas antes de la toma de la muestra de sangre.

El período ventana es el tiempo en el cual las pruebas diagnósticas pueden dar un resultado no reactivo a pesar de que la persona tenga VIH. Los test disponibles actualmente permitieron reducir el período ventana a menos de 4 semanas.

Si el resultado de la prueba de tamizaje es no reactivo, la persona no está infectada, siempre que no se encuentre en período de ventana. Si el resultado es reactivo, es preciso hacer otro tipo de prueba diagnóstica de mayor especificidad para confirmar el resultado. Se recomienda actualmente, realizar carga viral (CV) como prueba confirmatoria, para acelerar los tiempos del diagnóstico e inicio del tratamiento.

Si el resultado de la CV es detectable, se confirma la infección.

Si el resultado es No detectable se deberá realizar una segunda prueba confirmatoria, llamada Western Blot (WB).

El resultado del WB puede ser:

• *Positivo:* se confirma que la persona está infectada por el virus.

• *Negativo:* la persona no está infectada por el virus.

• *Indeterminado:* es preciso repetir el algoritmo con una nueva muestra de sangre y realizar seguimiento médico para llegar a un diagnóstico definitivo.

El VIH es una infección de baja prevalencia (0,3% en población general), con lo que se espera que la mayoría de los test den negativo.

Con los tratamientos antirretrovirales actuales la infección por VIH puede ser tratada y controlada como una **infección crónica.** Desde 1996 a la fecha ha habido un cambio radical en la respuesta al VIH gracias a la aparición de estos medicamentos y la política sanitaria Argentina, que obliga a los tres subsectores (público, obras sociales y prepagas) a proveer asistencia y tratamiento gratuitos a todas las personas diagnosticadas por VIH que lo requieran.

1.6.5. Asesoramiento pre y post test: nociones básicas para su implementación

El asesoramiento se caracteriza por ser una **actividad personalizada, centrada en las necesidades y puntos de vista de la persona usuaria.** Puede demandar entre 5 y 20 minutos por persona. Puede ser realizada por cualquier persona capacitada en brindar información sobre VIH, Sida e ITS, y que tenga capacidad de empatía y escucha. Es también posible implementar charlas grupales de pre test, dejando el espacio individual para aclarar dudas si fuera necesario.

A continuación se brindan algunas pautas para orientar la tarea del asesoramiento pre test y de los post test para los casos que los resultados sean negativos, reactivos o positivos confirmados.

1.6.5.1. Asesoramiento antes de realizar el test de VIH, sífilis y otras ITS.

Antes de realizar el test es importante que el equipo de salud converse con la persona para:

- Identificar el motivo de consulta y resolver dudas sobre situaciones con posibilidad de transmisión.
- Dar información general sobre VIH, sífilis y otras ITS (definición, síntomas, transmisión, prevención, tratamiento).
- Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del test.
- Proporcionar información sobre los procedimientos técnicos y el período ventana (VIH).
- Intercambiar con la persona información sobre el significado de los posibles resultados del test.
- Evaluar con la persona la realización o no del test.
- Habilitar el proceso de consentimiento informado y solicitar la firma de la declaración de voluntad para el testeo.
- Informar los tiempos y el modo de retirar el resultado.
- Dar información sobre los tratamientos y sus beneficios.
- Conversar sobre el uso correcto del preservativo y/o campo de látex.
- Recodar que los preservativos se encuentran disponibles de modo gratuito en establecimientos del subsistema público de salud.

1.6.5.2. Asesoramiento al momento de la devolución del resultado del test de VIH.

I. Devolución de un resultado negativo

Recordar que el resultado significa que **la persona no está infectada,** o lo está tan recientemente que no produjo los anticuerpos necesarios para ser detectados mediante la prueba diagnóstica (período ventana). Si en la entrevista se descarta el período ventana, se puede afirmar que la persona no está infectada.

Explicar que el resultado no significa inmunidad.

Desarrollar y/o fortalecer estrategias para mantener o mejorar las prácticas de cuidado.

II. Devolución de un resultado positivo

En este caso hay dos momentos: que el resultado positivo sea "reactivo", es decir que hace falta una segunda prueba para confirmar o descartar la presencia del virus. O que ese resultado reactivo ya sea de la prueba confirmatoria.

II.I. Si el resultado es REACTIVO preliminar (no está todavía confirmado)

Recordar que es preciso un nuevo estudio para confirmar el resultado, ya que puede tratarse de un falso positivo, resaltando que la probabilidad de confirmación de un positivo preliminar es alta.

Orientar sobre la realización de una nueva extracción para el nuevo testeo (confirmatorio).Considerar las posibles reacciones emocionales que pueden presentarse durante el período de espera del resultado del test y ofrecerle contención o apoyo psicológico si fuera necesario y estuviera disponible.

II.II. Si el resultado es POSITIVO (ya está confirmado)

Dar a la persona que consulta el tiempo necesario para asimilar el impacto del diagnóstico. Brindar espacio para que pueda expresar sus sentimientos.

Desmitificar sentimientos de culpa y castigo asociados todavía al VIH.

Recordar que un resultado positivo significa que la persona tiene el virus, pero puede no haber desarrollado la enfermedad (sida).

Orientar a los lugares de atención de personas con VIH.

Recordar que la medicación antirretroviral es gratuita y que si la misma se toma de modo adecuado puede mejorar la evolución clínica de la infección.

Reforzar la importancia de adoptar prácticas seguras para reducir el riesgo de contraer otras ITS, de transmitir el VIH a otras personas o de reinfección por VIH.

Reforzar la importancia de que la(s) pareja(s) sexual(es) realice(n) el test de VIH, sífilis y otras ITS sí estuvieron ante una situación de exposición.

Dar información sobre los tratamientos y sus beneficios (sífilis, otras ITS).

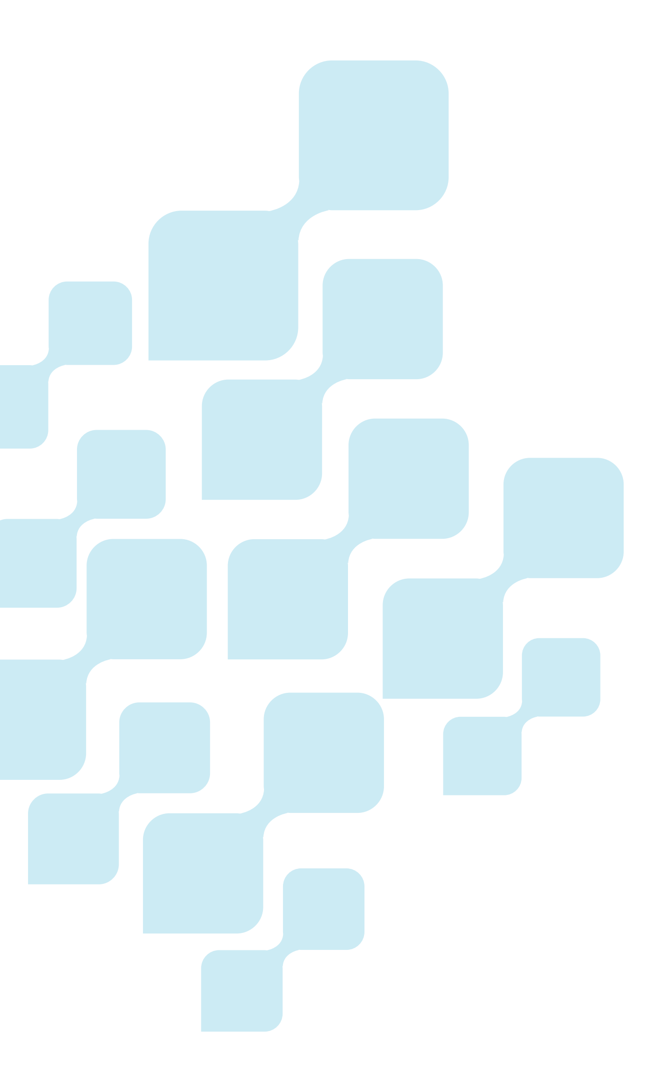
Este es un listado tentativo de temas que pueden ser tratados en la entrega del resultado. No es preciso tratarlos todos en un encuentro. Lo fundamental ante un resultado positivo es que la persona pueda expresar sus dudas y sentimientos.

Capítulo 2

Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud

Puntos clave

- ✓ Los derechos sexuales y derechos reproductivos son el marco jurídico desde el cual tiene que orientarse la acción de los equipos de salud.
- ✓ Los derechos sexuales son los vinculados a la posibilidad de disfrutar de una vida sexual libremente elegida sin discriminación ni violencia.
- ✓ Los derechos reproductivos protegen la posibilidad de decidir en forma autónoma, responsable y sin discriminación si tener o no tener hijos/as, cuántos/as, con quién y cada cuánto tiempo.
- ✓ Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos sexuales y derechos reproductivos que todas las personas, y tienen derecho a contar con las adaptaciones y apoyos necesarios para poder ejercerlos en forma autónoma.
- ✓ La objeción de conciencia es un derecho individual pero no puede afectar los derechos de otras personas. La institución debe garantizar la atención y/o práctica solicitada por la persona usuaria.
- ✓ La negativa a proveer métodos anticonceptivos y otras prácticas o servicios configuran actos de violencia y puede constituirse en causal de denuncia y sanción administrativa y/o judicial.



INTRODUCCIÓN

Los y las profesionales de la salud que desarrollan sus prácticas en espacios de consejería en salud sexual y salud reproductiva, en servicios de ginecología, adolescencia, maternidad, entre otros, deben conocer el marco jurídico que debe orientar sus acciones, especialmente aquel que establece derechos sexuales y derechos reproductivos.

Antes que nada, es necesario distinguir entre los derechos sexuales y los reproductivos, porque si bien están estrechamente relacionados, refieren a aspectos de las personas que no siempre están conectados.

- Los *derechos sexuales* (DS) son aquellos que involucran la capacidad de disfrutar de una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni discriminación.

- Los *derechos reproductivos* (DR) son aquellos que involucran la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos/as, con quién, cuántos/as tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se debe disponer de información suficiente y los medios adecuados.

Algunos de estos derechos son:

- Disfrutar una vida sexual saludable y placentera, sin presiones ni violencia.

- Ejercer la orientación sexual libremente, sin sufrir discriminación ni violencia.

- Vivir la identidad de género sin discriminación ni violencia.

- Elegir si tener o no hijos/as, cuándo tenerlos, con quién y cada cuánto.

- Recibir atención gratuita e integral de la salud sexual y de la salud reproductiva.
- Acceder a información y atención de la salud sexual y de la salud reproductiva en un ambiente de respeto y garantía de confidencialidad e intimidad.
- Acceder a la interrupción legal del embarazo en las situaciones contempladas por la ley vigente (cuando el embarazo es producto de una violación o constituye un riesgo para la salud o la vida de la persona gestante).
- Elegir y recibir de manera gratuita métodos anticonceptivos, incluidos la ligadura tubaria y la vasectomía en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas.
- Acceder a tratamientos o cirugías de modificación corporal en función de la identidad de género autopercibida.
- Recibir una atención respetuosa y libre de violencias durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En este capítulo se desarrollan los fundamentos de los **derechos sexuales y derechos reproductivos en su relación con el sistema de salud.** Se hace especial hincapié en el proceso de consentimiento informado y el acceso a métodos anticonceptivos. En el último apartado se brinda un listado amplio de legislación vinculada a derechos sexuales y derechos reproductivos.

2.1. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son reconocidos como derechos humanos básicos, y son derechos personalísimos, inalienables, integrales e indivisibles. Esto es así porque están interrelacionados con un conjunto de derechos reconocidos hace tiempo como derechos humanos tanto nacional como internacionalmente. **Entre ellos se encuentran los siguientes derechos:**

- a la vida;
- a la salud;
- a la libertad y la seguridad personales;
- a la integridad física y psíquica;
- a la dignidad;
- a la privacidad e intimidad;
- a la libertad de conciencia y pensamiento;
- a la igualdad; y
- a la educación.

La naturaleza de derechos humanos que poseen los derechos sexuales y los derechos reproductivos proviene, además, de un instrumento internacional de derechos humanos de importancia: la Convención contra todas las formas de discriminación contra la mujer, que fue incorporada a la Constitución Nacional en 1994 (artículo 75°, inciso 22º). En esta Convención, se reconoce el derecho de las mujeres a decidir el número de hijos/as y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

Estos derechos contribuyen a:

a) Reconocer y fortalecer la autonomía de todas las personas en relación a su sexualidad y a su reproducción.
b) Reducir significativamente los riesgos inherentes al proceso reproductivo.
c) Reducir los embarazos no intencionales.
d) Disminuir los abortos en condiciones riesgosas y en la clandestinidad, que son parte de las primeras causas de morbimortalidad materna en la Argentina.

Los DS y los DR, como parte de los derechos humanos, tienen las características propias de éstos; es decir, son inherentes a todas las personas sin discriminación alguna por motivos de sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión, pertenencia étnica, discapacidad, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Los DS y DR son parte de los derechos humanos, por lo tanto le corresponde a las instituciones del Estado garantizarlos y prevenir su vulneración. Los servicios de salud pública, privada y de obras sociales y los/as funcionarios/as y profesionales que allí se desempeñan deben respetar estos derechos.

Cuando existe divergencia entre las leyes u otras normativas, por ejemplo entre una ley nacional y una ley provincial rige el principio a favor de los derechos de la persona, que suele mencionarse como principio "pro homine" o "pro persona". Es decir que siempre debe aplicarse la legislación más beneficiosa para la persona.

2.2. DERECHOS DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD

El ejercicio de los DS y los DR debe pensarse en relación con los derechos de las personas en la atención sanitaria. La asistencia y las prácticas ligadas a los DSyDR implican la obligación o responsabilidad de los equipos de respetar la autonomía, dignidad, confidencialidad, intimidad y acceso a la información.

En este capítulo se hace referencia especialmente a los derechos vinculados al acceso a métodos anticonceptivos.

La **Ley nacional 26.529 de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud,** sancionada en el año 2009, establece en su artículo 2 que "constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate," los siguientes:

a) Asistencia. Las personas usuarias del sistema de salud, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistidas por los/las profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.
El/la profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.

b) Trato digno y respetuoso. La/el paciente tiene el derecho a que los/las agentes del sistema de salud intervinientes le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los/las familiares o acompañantes.

c) Intimidad. Toda actividad médico – asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del/la paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del/la mismo/a, y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales.

d) Confidencialidad. El/la paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del/la propio/a paciente.

e) Autonomía de la Voluntad. La persona tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley Nº 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

f) Información Sanitaria. El/la paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. La persona usuaria del sistema de salud tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

2.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de una persona que solicita y consiente someterse a determinada práctica una vez que recibió información clara, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Brindar o no el consentimiento para la realización de cada una de las prácticas sanitarias es un derecho de todas las personas en el proceso de atención. Está *regulado por la Ley 26.529 de Derechos del Paciente.*

El consentimiento informado es el **resultado de un proceso** en el que los equipos de salud deben **brindar información y ofrecer a la persona que realice todas las preguntas** que necesite, debe recorrer todo el proceso de atención, en las más diversas consultas. El resultado del mismo es la **toma de decisiones, libre e informada, por parte de la persona usuaria.**

En casi todas las oportunidades el consentimiento informado es brindado por la persona en forma oral. En algunas situaciones puntuales debe ser por escrito. Estas son las que implican internación, intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos o de riesgo.

Los únicos métodos anticonceptivos para los que es necesario el consentimiento informado por escrito son los quirúrgicos: la ligadura de trompas y la vasectomía. El resto de los métodos anticonceptivos, que son reversibles, no requieren consentimiento informado escrito, basta con el consentimiento verbal. La consejería es un dispositivo privilegiado para el proceso de consentimiento informado que deberá consignarse en la historia clínica (HC).

El consentimiento informado **es indelegable,** puesto que el derecho a la salud es un derecho personalísimo. Las personas con discapacidad (PCD), como todas las personas, tienen derecho a brindar su consentimiento informado en forma autónoma. El *Código Civil y Comercial (CCyC),* vigente desde agosto de 2015, reconoce el derecho de las PCD a contar con los apoyos que soliciten y a que se realicen los ajustes necesarios para que puedan ejercer su derecho a tomar las decisiones respecto de su salud en forma autónoma. Por otro lado, en el artículo 26, especifica el régimen para que niñas, niños y adolescentes (NNyA) puedan brindar su consentimiento informado.

2.4. NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

En nuestro país, a partir de la reforma de la Constitución del año 1994 (Art. 75, inc. 22), la *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño* tiene rango constitucional. En el mismo sentido, de reconocimiento de los derechos de niñas/os y adolescentes, en 2005 se sancionó la Ley nacional 26.061 de *Protección integral de NNyA.*

La Convención y la *Ley 26.061* reconocen que NNyA son sujetas/os de derecho, tienen derecho a ser oídas/os y que su opinión sea tenida en cuenta, a que se respete su pleno desarrollo personal y a que se tenga en cuenta el desarrollo de su autonomía progresiva.

En el año 2015 se modificó el CCyC actualizando y adecuando la legislación local a los estándares internacionales incorporados a la Constitución Nacional (1994). Se introdujeron modificaciones que, partiendo de la regla de **presunción de capacidad de todas las personas** y del **principio de autonomía progresiva,** introdujeron cambios de importancia para la atención en salud de NNyA.

Los artículos centrales del CCyC para comprender los derechos de atención en el sistema de salud de niñas, niños y adolescentes y, específicamente, para el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos son: el Art.26 sobre el ejercicio del derecho personalísimo a la salud por niños, niñas y adolescentes; y el artículo 59 sobre reglas generales para el consentimiento informado.

Los principios generales para la atención en salud de niñas, niños y adolescentes son:

- Entender la salud como un derecho humano que corresponde a toda persona, cualquiera sea su edad.

- Presumir, siempre, la capacidad de todas las personas independientemente de su edad y si tienen o no discapacidad.

- Atender a la autonomía progresiva, es decir al desarrollo de la capacidad de discernimiento para la toma de decisiones, y el derecho a ser oídos/as y a participar activamente en las decisiones sobre sí mismos.

- Privilegiar el interés superior de niñas, niños y adolescentes, entendiéndolo como la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos y garantías.

Cómo deben entenderse estas modificaciones para la práctica cotidiana de los equipos de salud está plasmado en la *Resolución 65/2015* del Ministerio de Salud de la Nación que define la presunción de la capacidad de todas las personas, el reconocimiento de la autonomía progresiva y pautas para el acceso autónomo de adolescentes a sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

El CCyC considera niñas/os a las personas hasta los 13 años, y adolescentes a quienes tienen entre 13 y 18 años.

2.4.1. Edades para el acceso autónomo

En virtud de esta interpretación, aprobada por el Ministerio de Salud en la citada resolución, la atención autónoma de niños, niñas y adolescentes se realizará en base a las siguientes pautas:
• **Niñas/os hasta los 13 años:** brindan su consentimiento con asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejercen formal o informalmente tareas de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos. Se debe considerar el interés superior y la autonomía progresiva.
• **Adolescentes de 13 a 16 años:** pueden consentir en forma autónoma (esto es sin necesidad de acompañamiento) toda práctica que no implique un riesgo grave para su salud o su vida.
• **Adolescentes a partir de los 16 años:** tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como una persona adulta.

Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad tienen los mismos derechos en relación con los servicios, insumos y prácticas de salud.

Consentimiento en adolescentes a partir de los 16 años:
Como indica el artículo 26 del CCyC, *desde los 16 años las personas adolescentes tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como una persona adulta.* Es decir, pueden consentir autónomamente (sin

el acompañamiento de ninguna persona) toda práctica vinculada a su salud y a su cuerpo, incluida la anticoncepción quirúrgica.

Consentimiento de adolescentes entre 13 y 16 años:
El artículo 26 del CCyC establece que las/os adolescentes entre 13 y 16 años *pueden decidir de manera autónoma sobre prácticas "tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física".* La Resolución 65/20152 aclara que "el criterio de invasividad" utilizado por el CCyC debe entenderse como tratamientos de "gravedad que impliquen riesgo grave para la salud". Además, remarca que "la evaluación del riesgo de las prácticas sanitarias debe realizarse con base en evidencia científica".

Es por eso que se considera que las prácticas de salud sexual y salud reproductiva en general, entre ellas el *acceso a todos los métodos anticonceptivos transitorios* (incluyendo los implantes y los dispositivos intrauterinos -DIU) no son prácticas invasivas que comprometan el estado de salud en los términos del artículo 26 del CCyC. Por lo tanto, *desde los 13 años las/os adolescentes pueden acceder en forma autónoma a todos los métodos anticonceptivos reversibles, incluso los de larga duración.*

La Resolución 65/2015 indica que en los casos en los que el consentimiento deba brindarse con el acompañamiento de los progenitores, los equipos de salud deben interpretar "progenitores" en un sentido amplio, en consonancia con el Art.59 del CCyC de manera tal que personas que ejercen, formal o informalmente, tareas de cuidado pueden ser quienes brinden acompañamiento en el proceso del consentimiento informado.

Para los casos en los que el/la adolescente requiera acompañamiento de sus representantes legales y se produjeran controversias o desacuerdos entre ellos, será el/la médico/a quien deberá resolverla, considerando la satisfacción del interés superior del niños/as y adolescentes. Se entiende por interés superior de niñas, niños y adolescentes como la máxima satisfacción, integral y simultánea de sus derechos y garantías.

Si algún/a integrante del equipo de salud no brinda a la persona adolescente la atención o el servicio necesario por considerar que no tiene aptitud suficiente, debe dejar constancia fundada en la historia clínica. Negar, limitar o restringir de manera injustificada la atención solicitada es vulnerar el derecho a la salud de la persona. La negativa injustificada podría dar lugar a acciones legales contra el/la profesional interviniente.

Consentimiento informado de niñas y niños menores de 13 años:
Para que niñas/os puedan brindar su consentimiento, se procurará la asistencia de los/las progenitores/as, representantes legales u otras personas adultas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado.

La ley establece el acceso sin restricciones a la información sobre métodos anticonceptivos y a los métodos de barrera como el preservativo a cualquier edad.

Es importante *no perder la oportunidad de atender a chicos y chicas menores de 13 años cuando acuden a solicitar información, asesoramiento y métodos anticonceptivos.* Si solicitan otros métodos anticonceptivos el equipo de salud debe considerar el principio de la autonomía progresiva para facilitar el acceso a los mismos. Si un/a niño/a tiene autonomía suficiente para asistir a un hospital o centro de salud sin compañía de una persona adulta, tiene que suponerse que también tiene capacidad suficiente para comprender lo que pasa. Evaluar posibles situaciones de abuso es también una responsabilidad de los equipos de salud

Las/os niñas/os y adolescentes tienen derecho a que se respete su intimidad. La información sobre su salud y sobre su vida sexual y reproductiva que confían al/la profesional debe mantenerse en reserva. Debe ser considerada confidencial y amparada por el secreto médico.

> *Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad tienen los mismos derechos sexuales y derechos reproductivos que todos los NNyA, las mismas pautas de presunción de la capacidad y de acceso autónomo. Tienen derecho, además, a contar con los apoyos y ajustes necesarios para poder ejercer esos derechos.*

2.5. LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (PCD) EN SU RELACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD

El Código Civil y Comercial sancionado en el año 2015 establece en su artículo 2 que la Ley debe ser interpretada teniendo en cuenta los tratados sobre derechos humanos, los principios y los valores jurídicos, de modo coherente con todo el ordenamiento.

En ese sentido, las reglas y normas en relación con las personas con discapacidad deben armonizarse con los estándares y principios constitucionales y convencionales, especialmente los contenidos en la *Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).*

La *Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación* brinda la interpretación consensuada sobre los artículos del CCyC que refieren a las PCD en materia de: capacidad, ajustes razonables y sistemas de apoyo.

2.5.1. Presunción de la capacidad

De acuerdo a los artículos 22, 23 y 31 del CCyC la capacidad para el ejercicio de los derechos corresponden a todas las personas por igual. Los artículos 31 y 32 establecen la excepcionalidad de las restricciones de la capacidad, su carácter específico ligado a actos determinados y su transitoriedad. Es decir, las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y cobran vigencia en los términos de una sentencia judicial vigente que así lo declare. Esto implica, tal como se plantea en la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación que, **"todas las personas que no han recibido una sentencia de restricción de la capacidad específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud, deben ser tenidas por capaces en el sistema de salud"** (Resolución 65/2015 Msal).

Sin embargo, es muy común que en el sistema de salud persista una fuerte "presunción de incapacidad" de las PCD basado en el viejo modelo que suponía que eran los representantes quienes tomaban las decisiones, sustituyendo a la persona titular del derecho. Esto es incorrecto y violatorio de los derechos de las PCD, quienes deben ser atendidas sin requerimientos especiales innecesarios e ilegales.

2.5.2. Ajustes razonables

Teniendo en cuenta que, tal como afirma la CDPD, la discapacidad resulta de la "interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás", el sistema de salud debe adoptar medidas para a facilitar que las PCD puedan ejercer sus derechos de manera autónoma y reciban atención sanitaria en los términos más accesibles, aceptables y con la mejor calidad disponible .

Es por eso que los equipos de salud tienen la responsabilidad de realizar su atención a PCD brindando la información necesaria, de forma accesible y adecuada a sus particularidades, de manera que la persona pueda decidir con plena comprensión de las

circunstancias. Esto implica el uso de medios y tecnologías adecuadas y flexibles.

Los equipos de salud deben adaptar sus prácticas para asegurar la accesibilidad a través de ajustes razonables (de acuerdo a lo establecido en el art. 2 de la CDPD) como: *modificación de los espacios de consulta, adaptación del lenguaje y los materiales de información para que sean comprensibles, utilización de formas de comunicación accesibles, entre otras.*

2.5.3. Sistemas de apoyo

Se puede ofrecer a la persona con discapacidad que cuente con una o más personas de su confianza (ya sea de la familia, la comunidad, el equipo de salud o las instituciones de protección de derechos) que le presten el **apoyo necesario para tomar una decisión autónoma y brindar – o no – su consentimiento.** A esto se denomina sistema de apoyos. La implementación de un sistema de apoyos para la toma de decisiones es un derecho de la persona. No se trata de un requisito y en ningún caso su implementación puede suponer una barrera de acceso. Los **sistemas de apoyo tienen como función promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona con discapacidad y, por regla, deben ser solicitados y dirigidos por la persona,** quien puede decidir poner fin a la intervención de estos apoyos en cualquier momento.

La/s persona/s que actúa/n como sistema de apoyo no representa/n ni sustituye/n a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos. Los equipos de salud deberán estar atentos a que las decisiones sean tomadas por el/la titular del derecho.

2.6. VIOLENCIA CONTRA LA LIBERTAD REPRODUCTIVA

La *Ley 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales,* sancionada en 2009, define como violencia contra la libertad reproductiva aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos.

Es por esto que, la negativa a proveer métodos anticonceptivos configura un acto de violencia contra la la libertad reproductiva. Si cualquier integrante de un equipo de salud obstaculiza el acceso a métodos anticonceptivos por cualquier razón, puede ser denunciado por **violencia contra la salud reproductiva.** Esta acción es pasible de sanciones administrativas y judiciales.

2.7. EL DERECHO LEGAL A LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA

La *Ley 26.130 denominada Régimen para las Intervenciones de Anticoncepción Quirúrgica* establece que toda persona **"capaz y mayor de edad"** tiene derecho a acceder a la realización de la ligadura de trompas uterinas o a la vasectomía en forma gratuita en los servicios del sistema de salud pública, de obra sociales o prepagas. Estos requisitos deben ser entendidos a partir de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la Ley 26.378, de la Ley 26.657 de Salud Mental y del Código Civil vigente desde el año 2015.

Respecto de la edad, como establece el CCyC, a partir de los 16 años las personas pueden decidir por sí mismas sobre su salud y su cuerpo en forma autónoma, como adultas. Por lo tanto **pueden solicitar y acceder a la ligadura y a la vasectomía brindando su consentimiento de manera autónoma desde los 16 años.**

Por otro lado, el CCyC plantea que **debe presumirse la capacidad de todas las personas.** Existen **restricciones a la capacidad que son excepcionales, deben estar acreditadas por una sentencia judicial firme y vigente,** y para afectar la capacidad de ejercer el consentimiento para la anticoncepción quirúrgica (AQ) de manera autónoma deben estar restringidas específicamente a las cuestiones relacionadas con la salud o el cuidado del propio cuerpo.

Las personas con discapacidad tienen el mismo derecho que todas las personas a decidir si acceder o no a la AQ de manera autónoma. De ningún modo debe confundirse su situación con las situaciones de restricción de la capacidad. El certificado de discapacidad NO implica restricción alguna en la capacidad de tomar decisiones en forma autónoma. De ningún modo puede el equipo de salud, la familia o cualquier otra persona suponer la incapacidad de alguien e impedir el libre ejercicio de su derecho a decidir sobre su propio cuerpo.

En las excepcionales situaciones donde exista sentencia judicial firme y vigente de restricción de la capacidad de una persona para la toma de decisiones en lo referente al cuidado del propio cuerpo, debe solicitarse autorización judicial para la realizar la práctica. Asimismo, si bien la Ley 26.130 plantea que la autorización judicial la debe solicitar el/la representante legal, por tratarse de derechos personalísimos, esto no significa que deba sustituir la voluntad de la persona involucrada sino más bien que tiene que acompañar un proceso de toma de decisiones en el que se respete la voluntad de la persona.

Realizar una esterilización forzosa, es decir sin el consentimiento informado de la persona titular del derecho, debidamente acreditado, esto es sin cumplir con la Ley 26.130, y con el Código Civil y Comercial, puede producir responsabilidad judicial contra la institución y los/as profesionales involucrados/as.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad señala que debe respetarse el derecho de las personas con discapacidad a mantener su fertilidad y a formar una familia si así lo deciden, al igual que a todas las personas. Sustituir la voluntad de las personas con discapacidad, es un delito y las/os profesionales de la salud que lo hicieran o consintieran, son pasibles de responsabilidades administrativas y judiciales.

REQUISITOS PARA REALIZAR AQ:

- *Que exista la solicitud de una persona mayor de 16 años al servicio de salud.*
- *Que la persona reciba información adecuada respecto de la naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar, otros métodos anticonceptivos alternativos a la intervención quirúrgica y las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias.*
- *Que la persona suscriba un consentimiento informado.*

Es importante aclarar que:

- No se requiere que la persona haya tenido hijos.
- No se requiere autorización de ninguna otra persona (pareja, madre, padre, etc.).
- No se requiere intervención judicial.

Debe ser una práctica quirúrgica completamente gratuita tanto en el sistema público como en obras sociales y prepagas, ya que está incorporada en el Plan Médico Obligatorio (PMO).

Es importante destacar que siempre rige el principio pro persona y ninguna ley provincial o normativa institucional puede restringir derechos o imponer más requisitos que los establecidos por la norma más favorable a las personas.

2.8. EL DERECHO A LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA

El derecho a la objeción de conciencia está reconocido en la Ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) –hoy Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR)- y su reglamentación.

Su objetivo es resguardar las íntimas convicciones morales de esa persona y debe estar regida por el principio de buena fe. Sin embargo, el derecho a la objeción de conciencia **no puede traducirse en un incumplimiento de los deberes de los/as profesionales de salud, ni dañar a terceros en su salud,su autonomía y su dignidad, ni restringir el acceso a prestaciones de salud contempladas en la legislación vigente.**

La objeción de conciencia tiene las siguientes características:

1. Posee carácter individual y no institucional. Una institución sanitaria, sea pública o privada, no puede alegar la objeción de conciencia como tal. El derecho de la persona usuaria a acceder a la práctica solicitada debe ser garantizado más allá de que un/a profesional ejerza la objeción de conciencia. Ello se podrá implementar convocando a otro profesional o derivando el caso a otra institución.

2. No debe afectar a terceros. Ante la primera información de que una práctica determinada es causa de objeción de conciencia para la/el profesional, inmediatamente se debe apartar y derivar a la usuaria o usuario al ámbito que puede evacuar la consulta en forma adecuada. La/el profesional no debe brindar atención, avanzar en la consulta o en estudios médicos para luego negar u obstaculizar la práctica alegando objeción de conciencia. Un ejercicio del derecho en estos términos no es admitido.

3. En caso de tratarse de una urgencia el/la profesional debe garantizar el derecho y no puede alegar objeción de conciencia, ya que de hacerlo se pone en cuestión el derecho mismo de la persona usuaria (Ley 26.529 de Derechos del Paciente).

4. Explicitar la objeción en tiempo y forma. El/la profesional de salud debe manifestar su objeción de conciencia de manera explícita, con anticipación y para todas las situaciones. En todos los casos se objetan prácticas y no personas.

La decisión de crear y mantener un registro de objetores de conciencia corresponde a cada jurisdicción provincial y no al Estado nacional. Así lo establece la Ley 25.673. La mayoría de las jurisdicciones no tiene este tipo de registro.

2.9. LEYES QUE RECONOCEN DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos reconocidos constitucionalmente. Existen, además, una serie de leyes y normas que establecen un marco de derecho general que reconocen y protegen aspectos particulares de su ejercicio. A continuación se detalla un listado, no exhaustivo, de las mismas:

Ley 25.673 (2002) Salud Sexual y Reproductiva
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm
Ley 26.529 (2009) Ley de Derechos del Paciente
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet anexos/160000-164999/160432/norma.htm
Ley 26.061 (2005) de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm
Ley 23.849 (1990) Convención sobre los Derechos del Niño.
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm
Ley 26.130 (2006) Anticoncepción Quirúrgica. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm

Ley 26.862 (2013) Reproducción Médicamente Asistida.
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm
Ley 23.798 (1990) Ley Nacional de Sida.
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/resaltaranexos/0-4999/199/norma.htm
Ley 26.150 (2006) Educación Sexual Integral.
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm
Ley 26.485 (2009) Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm
Ley 26.743 (2012) Ley de Identidad de Género.
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm
Ley 26.618 (2010) Ley de Matrimonio Igualitario.
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169608/norma.htm
Ley 26.378 (2008) Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad.
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm
Código Civil y Comercial de la Nación (2015) Régimen legal para consentimiento autónomo en el cuidado del propio cuerpo.
Código Penal, artículo 86 (1921). Interrupción legal del embarazo. Fallo F.,A.L. s/medida autosatisfactiva.
Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (2019)
Ley 25.929 (2004) Parto Humanizado.
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm
Resolución 989/2005 Atención Post Aborto.
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/105000-109999/108813/norma.htm
Resolución 65/2015 Nuevo Código Civil y Comercial. Una lectura desde los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/257649/norma.htm

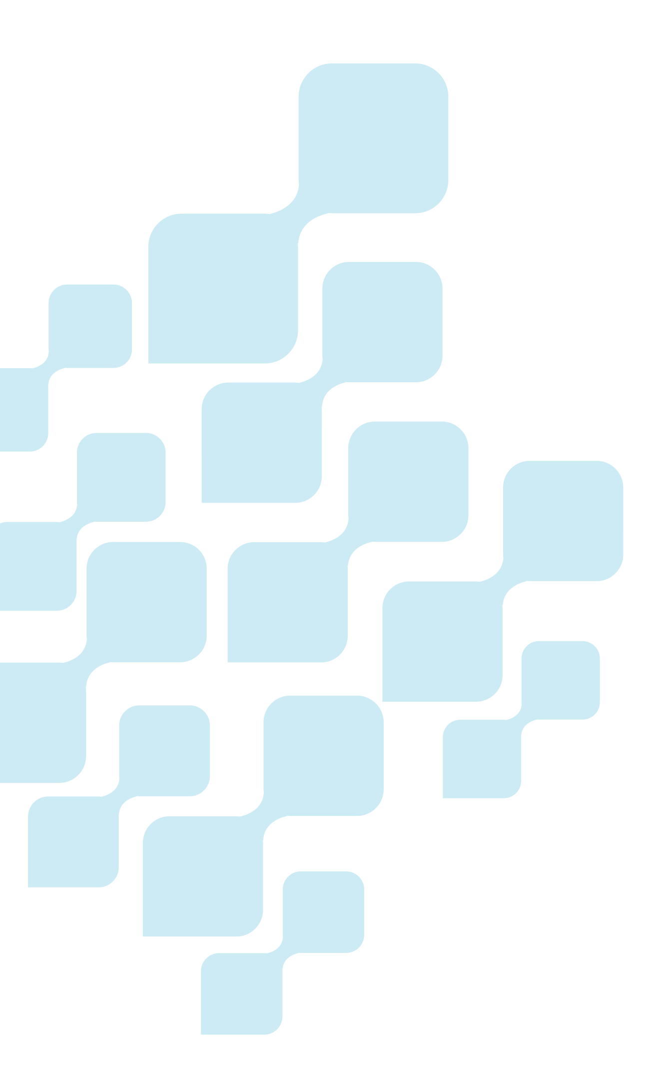
Capítulo 3

Anatomía y fisiología de los órganos genitales

Puntos clave

- ✓ El ciclo menstrual es el proceso mediante el cual se desarrollan los óvulos u ovocitos y se producen una serie de cambios dirigidos a preparar al útero para un posible embarazo.
- ✓ Al momento del nacimiento, los ovarios cuentan con alrededor de 400.000 ovocitos de los cuales, en condiciones normales, se ovularán a lo largo de la vida alrededor de 420.
- ✓ El proceso de formación de espermatozoides tiene lugar en los testículos, comienza en la pubertad y dura toda la vida.
- ✓ La formación de los óvulos y el proceso de formación de los espermatozoides están regulados y controlados por hormonas.
- ✓ Los espermatozoides que se encuentran en el semen no son capaces de fertilizar los óvulos a menos que presenten una serie de transformaciones (capacitación espermática), que se produce en el pasaje por el cuello uterino y el útero, en donde los espermatozoides adquieren la capacidad de fecundar el óvulo.

En la elaboración de este capítulo colaboró en la edición de 2014: Francisco Castro Montiel, médico cirujano, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. En la edición 2019 fue adaptado por Diego García (Área de Diversidad de la DSSyR)



Para conocer en detalle los métodos anticonceptivos que se describen en los capítulos siguientes, comprender su funcionamiento y que el equipo de salud pueda así recomendarlos de acuerdo a las necesidades, creencias, preferencias y posibilidades de las personas usuarias, resulta necesario primero revisar conceptos y términos básicos sobre anatomía y fisiología de los aparatos genitales.

Considerando que la identidad de género no está determinada por la anatomía y la fisiología de las personas, se decidió reemplazar o acompañar las construcciones "aparato genital femenino" por sistema vulva-vagina-útero-ovarios y "aparato genital masculino" por sistema pene-conductos espermáticos-testículos. Asimismo resulta importante señalar que no en todos los cuerpos los órganos genitales se corresponden con alguno de estos dos sistemas, como es el caso de las personas intersex.

3.1. SISTEMA VULVA-VAGINA-ÚTERO-OVARIOS

3.1.1. Anatomía

El sistema vulva-vagina-útero-ovarios se ubica en la cavidad pelviana y está compuesto por genitales externos e internos. Los externos (Figura 3.1) son la vulva, con los labios mayores y menores, el clítoris, el introito u orificio vaginal y el meato uretral. Los internos (Figura 3.2) son la vagina, el útero, las trompas uterinas y los ovarios.

Figura 3.1. *Genitales externos del sistema vulva-vagina-útero-ovarios*

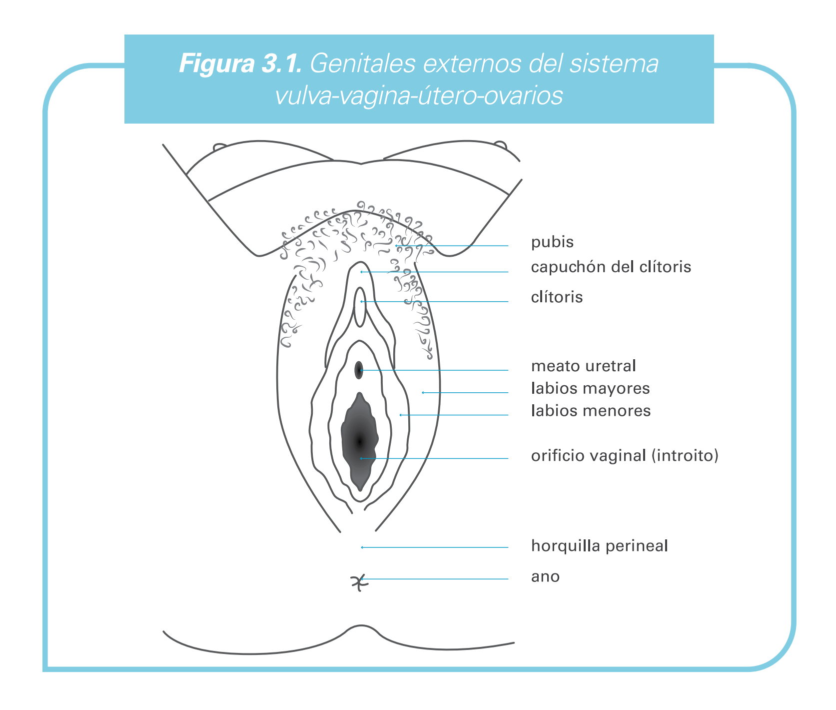
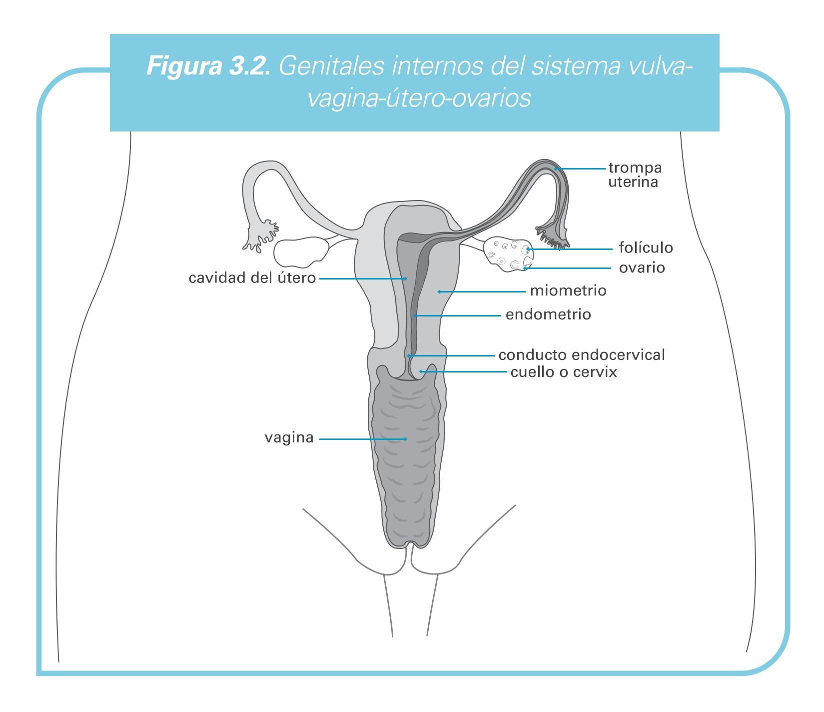


Figura 3.2. *Genitales internos del sistema vulva-vagina-útero-ovarios*



3.1.2. Fisiología del ciclo menstrual

El **ciclo menstrual** es el proceso mediante el cual se desarrollan los óvulos u ovocitos y se producen una serie de cambios dirigidos a preparar al útero para un posible embarazo. Si no se produce el embarazo, aparece una pérdida de sangre por vía vaginal, denominada **menstruación** o **período**.
El ciclo menstrual es la consecuencia de la compleja interacción de procesos entre el hipotálamo, la hipófisis y el ovario. Este eje **hipotálamo-hipófiso-gonadal** debe encontrarse indemne, tanto funcional como anatómicamente en todos sus niveles, para que ocurra un ciclo menstrual normal.

El hipotálamo, ante diferentes estímulos, sintetiza y secreta GnRH (factor liberador de gonadotrofinas) de manera pulsátil a partir de la pubertad. El GnRH actúa a nivel de la hipófisis, estimulando la secreción de gonadotrofinas, LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona folículo estimulante). Estas hormonas, a su vez, estimulan al ovario, que sintetiza y secreta las hormonas esteroideas sexuales (estrógeno y progesterona), que actuarán sobre los órganos blanco. Las hormonas producidas por los ovarios producen modificaciones en los tejidos del útero, en el cuello del útero y en la vagina.

Al momento del nacimiento, los ovarios cuentan con alrededor de 400.000 ovocitos. En cada ciclo menstrual, varios folículos son seleccionados (reclutamiento folicular), crecen y maduran, pero sólo uno de ellos llegará a la ovulación (folículo dominante), mientras que los otros sufren un proceso de atresia. En condiciones normales, se ovulan alrededor de 420 ovocitos en la vida.

A grandes rasgos, la secuencia de eventos que se presentan en el ciclo menstrual es la siguiente:

1. Pequeña elevación inicial de FSH.

2. Reclutamiento folicular.

3. Desarrollo del folículo dominante.

4. Aumento progresivo de los niveles de estradiol plasmático hasta alcanzar un nivel umbral, esto estimula el pico de LH, lo que provoca el estallido folicular con liberación del ovocito maduro (ovulación).

5. Formación de cuerpo amarillo en el ovario a partir del folículo remanente, que secreta progesterona.

6. Involución del cuerpo amarillo con descenso hormonal.

7. Menstruación.

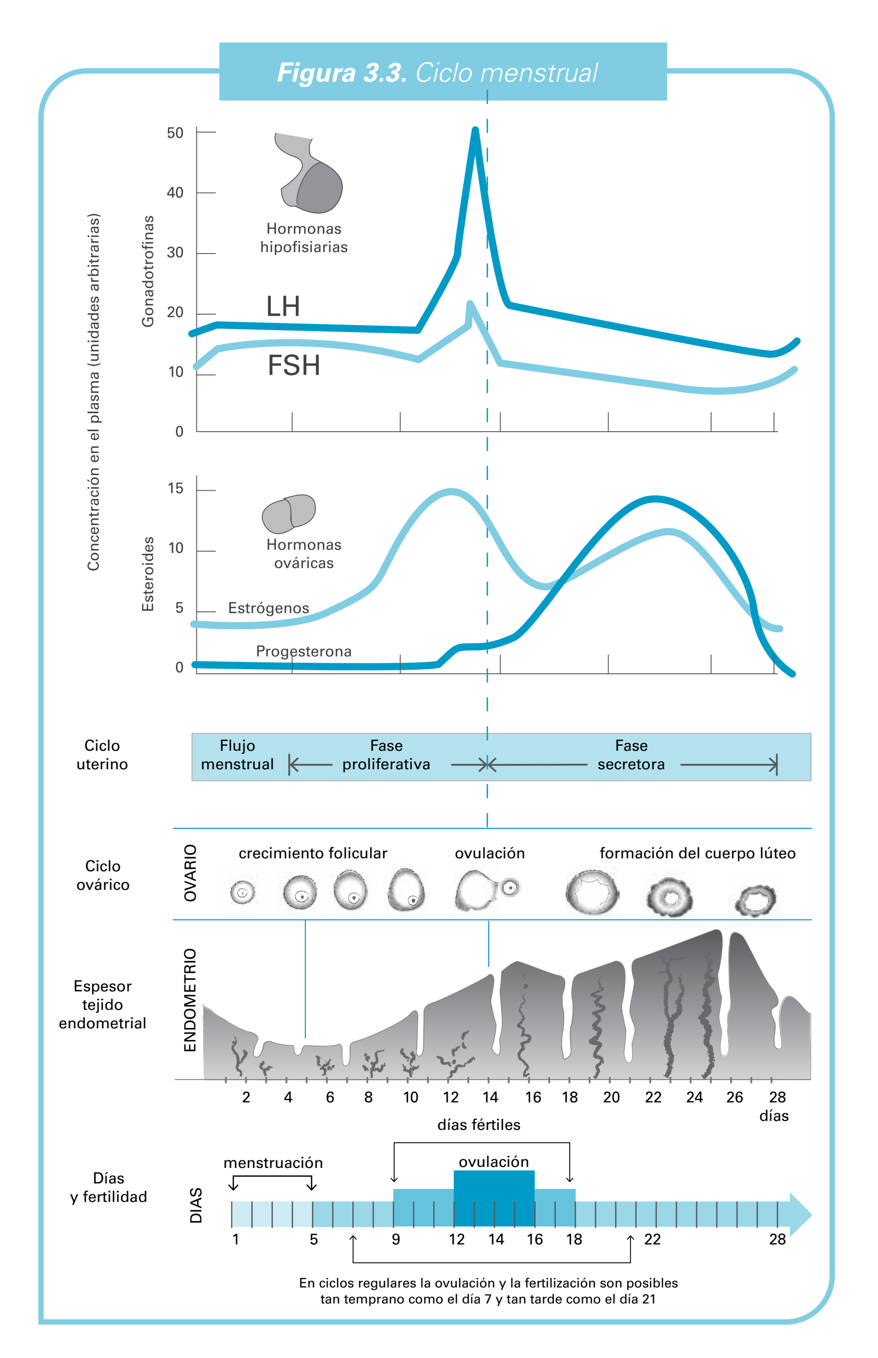
El primer día del ciclo menstrual es el primer día de menstruación y el último de ese ciclo es el día anterior a la próxima menstruación.

3.1.3. Ovulación

La Figura 3.3. resume las diferentes etapas o fases que se observan durante el ciclo menstrual a nivel ovárico y uterino, y cómo son los niveles hormonales para cada etapa.
Al comienzo del ciclo, como consecuencia de los bajos niveles de estrógenos (que ejercen una retroalimentación negativa sobre el hipotálamo), el hipotálamo, a través de la hormona GnRH, estimula a la hipófisis para que libere las gonadotrofinas: FSH y LH.

La FSH actúa sobre el ovario estimulando el reclutamiento, crecimiento y maduración de los folículos ováricos, que contienen

Figura 3.3. *Ciclo menstrual*



los óvulos y que secretan estrógenos (estradiol). A su vez, por acción de la FSH y los estrógenos, entre los días 7 y 10 del ciclo se realiza un proceso de selección, ya que sólo uno alcanza la madurez. Se lo denomina **folículo dominante** y es el destinado a ovular.

A nivel uterino, el aumento progresivo del nivel de estrógenos actúa estimulando la proliferación de la capa superficial o endometrio.

Hacia la mitad del ciclo, el aumento de estrógenos estimula la secreción de LH por parte de la hipófisis. El pico de LH es responsable de la ovulación que se produce entre las 10 y 12 horas después del pico. La ovulación se produce aproximadamente a mitad de ciclo, pero no siempre es la misma fecha. Luego de la ovulación, el óvulo es conducido desde el ovario hasta el útero a través de la trompa uterina.

En el ovario, después de la rotura y liberación el óvulo, se forma el *"cuerpo lúteo"* o *"cuerpo amarillo",* que secreta progesterona. Esta fase se llama luteínica o progestacional. El aumento de la progesterona, secretada por el cuerpo lúteo, genera un aumento de la temperatura basal. A nivel uterino, el endometrio sufre una transformación y desarrollo vascular observándose la actividad secretora de las glándulas endometriales.

Si se produce el embarazo, el "cuerpo lúteo" permanece en el ovario, continúa produciendo progesterona y mantiene el embarazo hasta que las hormonas placentarias comienzan a actuar. De no producirse el embarazo, el cuerpo lúteo deja de producir hormonas y el endometrio se desprende, eliminándose en forma de sangrado menstrual o menstruación.

Cuando los ciclos son regulares la menstruación se presenta:
- Frecuencia: cada 28 días +/- 7 días o entre 25 -35 días.
- Duración de la hemorragia: 3 o 4 días, pudiendo ser de 2 a7 días.
- Cantidad del sangrado: De difícil medición. Alrededor de 80 ml, siendo normal entre 50 y 150 ml o 120 g si se pesan los apósitos.
- Características: sangre roja e incoagulable.

3.1.4. Algunos términos a tener en cuenta

Menstruación: proceso fisiológico cíclico y regular que se caracteriza por la descamación hemorrágica de la capa funcional del endometrio, con su posterior expulsión al exterior a través del introito, como resultado de un ciclo hormonal que constó de una primera fase folicular, estrogénica, seguida de la ovulación, y luego una segunda fase luteína o progestacional dominada por el cuerpo amarillo.

Menarca: primera menstruación. Se produce, normalmente, alrededor de los 12 años de edad. Si ocurre antes de los 9 años se conoce como menarca precoz, y a partir de los 16 como menarca tardía. Recién a partir de los tres años posteriores a la menarca es posible evaluar las características menstruales, ya que previo a ese lapso es normal que se presenten alteraciones.

Menopausia: cese permanente de las menstruaciones, como resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Es la última menstruación. Ocurre alrededor de los 50 años. Se determina luego de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin que exista otra etiología.

Sangrado uterino anormal (FIGO, 2011): cualquier sangrado uterino diferente de la menstruación o de un ciclo menstrual normal, ya sea en volumen, regularidad, duración o los tres. Se considera crónico si ha estado presente durante la mayor parte de los últimos seis meses. El sangrado uterino anormal agudo es un episodio de sangrado abundante que, en opinión del/a médico/a, es de gravedad suficiente para requerir la intervención inmediata para prevenir una mayor pérdida de sangre. Puede ocurrir en el contexto del sangrado uterino anormal crónico o sin un antecedente.

3.1.4.1. Alteraciones en el sangrado uterino

Las alteraciones del sangrado uterino pueden ser (FIGO, 2011):
ALTERACIONES DE LA REGULARIDAD

• **Sangrado uterino irregular:** variación mayor a 20 días en los ciclos durante un período de 1 año.
• **Ausencia de sangrado menstrual (amenorrea):** ausencia de sangrado por un período de 90 días.

ALTERACIONES DE LA CANTIDAD
• **Sangrado menstrual abundante:** suele asociarse con alteración de la calidad de vida (física, emocional o social) de la persona.
• **Sangrado menstrual escaso:** raramente se relaciona con alguna patología.

ALTERACIONES DE LA DURACIÓN
• **Sangrado menstrual prolongado:** mayor a 8 días. Suele asociarse con sangrado menstrual abundante.
• **Sangrado menstrual acortado:** menor a 4,5 días. Raramente se asocia con alguna patología seria.

SANGRADO IRREGULAR NO MENSTRUAL
Puede presentarse como, por ejemplo, sangrado intermenstrual, postcoital o spotting pre o postmentrual. Puede presentarse de manera aleatoria, o predeciblemente al mismo tiempo en cada ciclo.

SANGRADO FUERA DE LA EDAD REPRODUCTIVA
• **Menstruación precoz:** previo a los 9 años.
• **Sangrado de la postmenopausia:** aquel que ocurre luego de un año del cese de las menstruaciones.

SANGRADO CAUSADO POR ANOVULACIÓN
Cuando no se produce ovulación, suele persistir el estímulo estrogénico sobre el endometrio sin oposición del progestágeno lo que produce una hiperplasia del endometrio; luego se producen procesos regresivos con focos de necrobiosis parcial con la consecuente descamación que se manifiesta como sangrado uterino anormal que generalmente se manifiesta en una combinación impredecible de tiempo de sangrado y una cantidad variable de flujo. También se puede observar amenorrea.

3.1.4.2. Sangrado uterino con el uso de métodos anticonceptivos hormonales

En el uso de métodos anticonceptivos hormonales, se recomienda el uso de los siguientes términos para describir los patrones de sangrado:

Sangrado: sangrado vaginal que requiere el uso de protectores sanitarios.

Spotting: sangrado vaginal escaso, que no suele requerir el uso de protectores sanitarios.

Episodio de sangrado o spotting: uno o más días de sangrado o spotting consecutivos registrados.

Intervalo libre de sangrado o spotting: uno o más días consecutivos en los que no se registra sangrado o spotting.

Segmento de sangrado o spotting: episodio de sangrado o spotting más el intervalo libre de sangrado/spotting que le continúa.

Período de referencia: número de días consecutivos en que se basa el análisis del patrón de sangrado (general de 90 días en mujeres usando métodos hormonales de larga duración y de 28-30 días en las que usan métodos hormonales de toma o aplicación diaria o mensual).



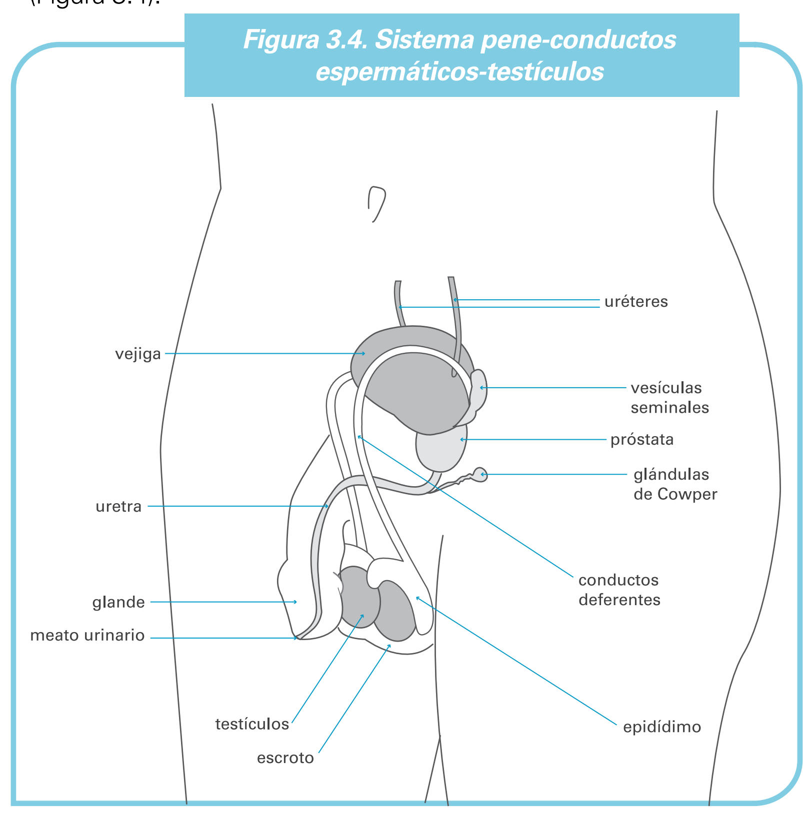
3.2. SISTEMA PENE-CONDUCTOS ESPERMÁTICOS-TESTÍCULOS

3.2.1. Anatomía

El *sistema pene-conductos espermáticos-testículos* está conformado por los testículos, el pene, los epidídimos, los conductos deferentes, las vesículas seminales, los conductos eyaculadores, la próstata, la uretra y las glándulas bulbouretrales o de Cowper.

La mayoría de estos órganos se encuentran fuera de la cavidad abdominal, a diferencia del sistema vulva-vagina-útero-ovarios. (Figura 3.4).

Figura 3.4. Sistema pene-conductos espermáticos-testículos



3.2.2. Fisiología

3.2.2.1. Espermatogénesis

El proceso de formación de los espermatozoides, denominado *espermatogénesis,* tiene lugar en los testículos y dura entre 64 y 90 días. Este **proceso comienza en la pubertad y dura toda la vida.**

Los espermatozoides son células muy especializadas, de pequeño tamaño, que presentan una cabeza en donde se encuentra el material genético, un cuello que contiene mitocondrias encargadas de producir energía, y una larga cola denominada *flagelo,* que les permite movilidad.

En el interior de cada testículo, en los túbulos seminíferos, se encuentran las células germinales o madre llamadas espermatogonias que por división celular (meiosis) producen los espermatozoides (espermatogénesis). La producción de espermatozoides se realiza a una temperatura algo inferior a la del organismo, por este motivo los testículos se encuentran en la bolsa escrotal o escroto, que se ubica fuera del abdomen. Al igual que con la formación de los óvulos, el proceso está regulado y controlado por hormonas.

Cuando la persona alcanza la madurez sexual, la glándula hipófisis ubicada en la base del cráneo comienza a segregar las hormonas folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH), que actúan sobre los testículos. La FSH tiene acción sobre los testículos (túbulos seminíferos) estimulando a las células germinales a producir espermatozoides.

A su vez, la LH activa la producción de testosterona, hormona que estimula la producción de espermatozoides y produce el crecimiento de los testículos, del pene y de la bolsa escrotal, un mayor desarrollo muscular, voz más grave y la aparición de barba y de vello corporal. La testosterona también es responsable del impulso sexual o libido.

3.2.3. Conductos espermáticos y glándulas seminales

Toda vez que los espermatozoides son eliminados del organismo mediante la eyaculación, deben atravesar el denominado *conducto espermático,* formado por el epidídimo, los conductos deferentes, los conductos eyaculadores y la uretra.

Los testículos se alojan en el escroto, que sirve para protegerlos. En el interior de cada testículo se encuentran los túbulos seminíferos que se dirigen hacia el centro de la glándula testicular y confluyen en la red testicular (rete testis). A partir de esta red, emergen alrededor de 15-20 tubos eferentes por cada testículo que desembocan en el epidídimo, que es la primera porción del conducto espermático.

El epidídimo es una estructura tubular muy enrollada, en donde los espermatozoides maduran adquiriendo la capacidad de traslación y sustancias que los protegerán del medio ácido de la vagina femenina.

El epidídimo se continúa con el conducto deferente, que traslada los espermatozoides maduros hacia los conductos eyaculadores. Ascienden desde el escroto, atraviesan el canal inguinal e ingresan en la cavidad pelviana. En su trayecto final, al acercarse a la glándula prostática, ambos conductos deferentes se aproximan y se dilatan formando la ampolla deferencial o de Henle, que junto al conducto de cada glándula seminal dan origen a los conductos eyaculadores.

Las vesículas o glándulas seminales producen un líquido viscoso rico en fructosa, que tiene alto valor nutritivo para los espermatozoides. Este fluido, además de nutrir, protege y estimula el desplazamiento de las células sexuales.

A su vez, la glándula prostática segrega un líquido blanquecino denominado fluido prostático, cuya función es activar la movilidad de los espermatozoides. Debido a su pH alcalino, el fluido prostático, además, protege la vitalidad de los espermatozoides al neutralizar la acidez de la uretra y de la vagina.

Los conductos eyaculadores se originan a continuación de los conductos deferentes de cada lado, y finalizan en la uretra prostática. Son pequeños tubos que pasan por el interior de la próstata, reciben las secreciones de las vesículas seminales y depositan todo el contenido en la uretra.

La uretra es el último tramo del conducto espermático. Es un órgano impar que tiene una longitud de 18-20 centímetros:

- *En su porción proximal o prostática* recibe el semen de los conductos prostáticos y de los conductos deferentes.

- *En su porción media o membranosa* presenta un esfínter uretral externo formado por un músculo estriado que permite controlar el reflejo de la micción. Está ubicado en la base del pene, inmediatamente por debajo de la próstata.

- *La última porción, o uretra peneana,* tiene una longitud de 15 centímetros y termina en el meato urinario externo, a nivel del glande, que es la porción más extrema del pene, de alta sensibilidad.

La **uretra** cumple doble función, conducir la orina y el semen hacia el exterior, aunque nunca en forma simultánea. Esto se debe a la presencia de un sistema de esfínteres que actúan como válvulas ocluyendo la conexión *conductos eyaculadores-uretra* al producirse la micción y la conexión entre *vejiga-uretra* en la eyaculación. La válvula necesita de algunos instantes para recuperar su posición anterior, motivo por el cual se hace muy difícil orinar de inmediato tras una eyaculación.

Las glándulas bulbouretrales o glándulas de Cowper segregan un líquido mucoso que drena dentro de la uretra antes de la eyaculación (fluido pre eyaculatorio) para limpiar y lubricar la uretra. El fluido de las glándulas bulbouretrales es alcalino como el líquido prostático.

3.2.4. Esperma y semen

La *producción espermática* es un proceso continuo, así como la producción del líquido seminal en las vesículas seminales y en la próstata. Los espermatozoides, entre eyaculación y eyaculación se almacenan en el **epidídimo** y en la **ampolla deferencial.**

Pueden permanecer almacenados por más de 40 días y mantener su fertilidad. En el momento de la eyaculación, se mezclan los espermatozoides con la secreción de las vesículas seminales y de la próstata, que forman el plasma seminal. Si no se eliminan al exterior, son reabsorbidos.

El plasma seminal es un fluido formado por las secreciones de las glándulas seminales, prostáticas y bulbouretrales. Protege a los espermatozoides y los nutre. Además, favorece la movilidad de los espermatozoides y actúa como lubricante de la uretra.

El plasma seminal y los espermatozoides constituyen el **semen o esperma,** que es un líquido viscoso de color blanco grisáceo. Posee un pH básico, ubicado entre 7,5 y 8. Está formado, aproximadamente, por más de un 90% de plasma seminal y algo menos del 10% de espermatozoides que han madurado durante su trayecto por el epidídimo. En general, cada mililitro de semen tiene entre 80 y 150 millones de espermatozoides.
En condiciones fisiológicas está libre de microorganismos.

3.2.5. Fecundación

El interior del pene está compuesto por tejido eréctil, dispuesto en dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso, ocupando toda la longitud del órgano. La excitación provocada por diversos estímulos se transmite desde el cerebro, vía médula espinal, a los nervios del pene, ocasionando un aumento del flujo sanguíneo en los cuerpos cavernosos, aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria y ascenso de la presión arterial.

Ese mayor suministro de sangre dilata las arterias, provoca expansión del tejido eréctil y agrandamiento progresivo del pene. La membrana que rodea a los cuerpos cavernosos (túnica albugínea) comprime el retorno venoso, con lo cual la entrada de sangre a los cuerpos cavernosos es mayor que la salida. El cuerpo esponjoso, más pequeño que los anteriores, rodea a la uretra y evita la compresión de la misma cuando el pene está erecto. La erección del pene permite la entrada en la vagina.

La **eyaculación** es la eliminación espasmódica de semen a través del pene. Responde a diversos estímulos que son enviados a los centros cerebrales. Consta de dos fases:

1. Primera fase: las glándulas bulbouretrales o de Cowper vierten una pequeña secreción mucoide pre eyaculatoria en la uretra, que se desplaza hasta el meato urinario externo; es decir, hasta la punta del pene. Este fluido contiene algunos espermatozoides que se han desplazado desde los conductos eyaculadores, con lo cual son capaces de fertilizar a los óvulos a pesar de no haber eyaculación. A su vez, los fluidos provenientes de los conductos deferentes, de las vesículas seminales y de la próstata se mezclan entre sí y forman el semen. El esfínter uretral involuntario que comunica con la vejiga se cierra para evitar el eyaculado retrógrado. En la porción distal de dicho esfínter, a la altura de la base del pene, está el esfínter uretral externo, voluntario, que también permanece cerrado. Esto provoca un aumento de presión del semen sobre las paredes de la uretra prostática o proximal.

2. Segunda fase: se relaja el esfínter uretral externo y se desencadenan sensaciones muy placenteras denominadas orgasmo. El semen se expulsa con fuerza hacia el exterior a través de la uretra peneana, por contracciones rítmicas musculares. Con la primera contracción, la más extrema, se elimina un importante volumen de semen, pudiendo el eyaculado alcanzar mucha distancia. Esto aseguraría que los espermatozoides alcancen el fondo de la vagina. Las siguientes contracciones son de menor intensidad y con menor volumen de eyaculado. Según la capacidad

de cada individuo, la segunda fase eyaculatoria puede ser regulada en forma voluntaria, pero una vez que se ha desencadenado es imposible de controlar.

Los espermatozoides presentes en el semen no son capaces de fertilizar los óvulos, a menos que presenten una serie de transformaciones conocidas en conjunto como "capacitación espermática", que se produce en el pasaje por el cuello uterino y el útero, en donde los espermatozoides adquieren la capacidad de fecundar el óvulo.

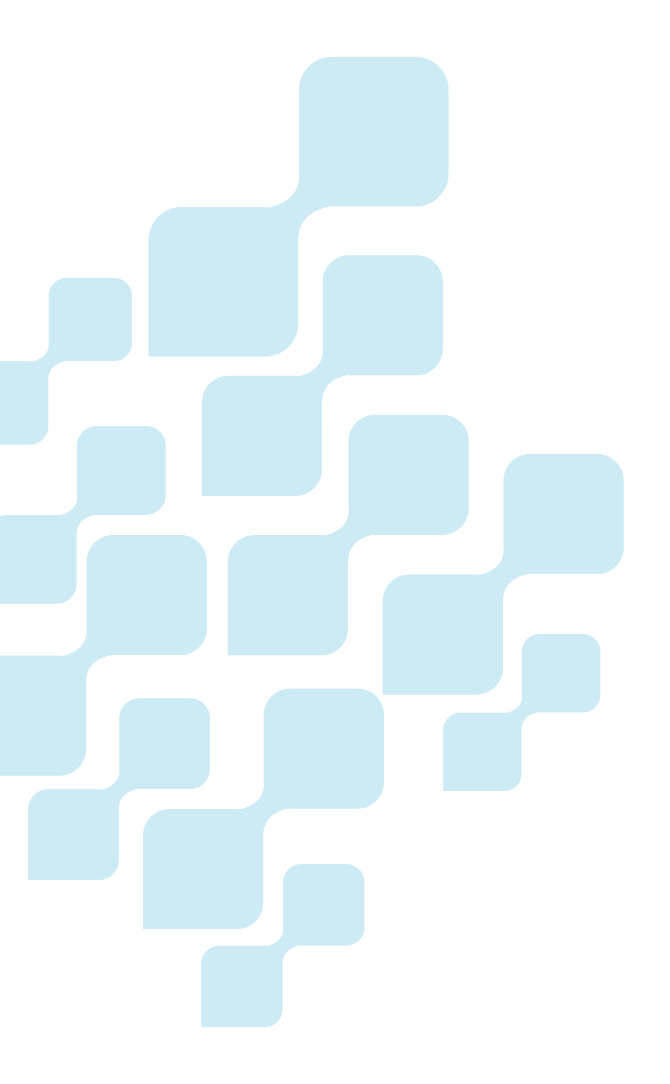
La vida del espermatozoide es relativamente corta. Tras la eyaculación del semen en el interior de la vagina puede vivir varios días, se cree que hasta 5-7 días. Sin embargo, en el exterior, sobre la piel por ejemplo, la vida del espermatozoide no pasa de una o dos horas como máximo. Cuando el semen es eyaculado dentro de la vagina de una mujer en su período fértil, es posible que uno de los espermatozoides atraviese con su cabeza la capa más externa del óvulo, penetrando hacia el centro del mismo. Cuando esto ocurre, ningún otro espermatozoide puede penetrar en ese mismo óvulo. La fecundación tiene lugar, por lo general, en la trompa uterina y en las 24 horas que siguen a la ovulación.

Capítulo 4

Métodos anticonceptivos (MAC) Generalidades

Puntos clave

- Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro per se.
- Ningún método es 100% seguro.
- Cada MAC tiene características particulares, modo de uso, ventajas y desventajas.
- Es importante brindar asesoramiento según la situación singular de cada persona para que elija el método más adecuado según sus preferencias, costumbres y estado de salud.
- Los equipos de salud deben realizar las adaptaciones necesarias para que las personas con discapacidad puedan elegir y acceder a un método anticonceptivo, en igualdad de condiciones que todas las personas.



4.1. ¿QUÉ SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

Los *métodos anticonceptivos* (MAC) son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. El uso del preservativo, que también protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS)[1], si es usado de forma correcta, es recomendable para toda la vida sexualmente activa. Todas las personas con capacidad de gestar tienen derecho a recibir asesoramiento sobre métodos anticonceptivos si no tienen intención de embarazarse.

4.1.1. Doble protección

El único método que previene las infecciones de transmisión sexual es el preservativo. Cuando la usuaria o el usuario está usando otro método anticonceptivo y elige protección también para las ITS, se recomienda una combinación de métodos. A esto se lo denomina *"doble protección".*
La doble protección consiste en el empleo de métodos de prevención del embarazo y de las ITS, a través del uso simultáneo de preservativo con otro MAC.

Los preservativos vaginales o peneanos son los únicos métodos anticonceptivos que, además, previenen las ITS, incluido el VIH. Para la prevención de ITS también se recomienda el uso del campo de látex.

1. Para prácticas de sexo oral-vaginal u oral-anal se recomienda utilizar el campo de látex.

4.2. HISTORIA DE LOS MAC

Existen diferentes métodos que disminuyen las posibilidades de embarazos y que actúan impidiendo la fecundación o inhibiendo la ovulación.

Los pueblos han utilizado formas de regular la natalidad desde la antigüedad. En América, los pueblos originarios desarrollaron un amplio conocimiento sobre el uso de hierbas medicinales con este fin.

El desarrollo de la ciencia occidental sobre métodos de prevención en relación a la vida sexual se remonta a fines del siglo XIX, con el uso del látex para la fabricación de **preservativos** con el objetivo de evitar las denominadas, durante mucho tiempo, "enfermedades venéreas."[2]

En 1960 se aprobó el uso de la primera **píldora** anticonceptiva en Estados Unidos[3]. Posteriores avances en la investigación permitieron descubrir nuevas formulaciones hormonales que disminuyen al mínimo los riesgos y efectos desfavorables de su uso. En esa misma década se desarrolló el primer **dispositivo intrauterino (DIU)**[4] de plástico médicamente aceptado, que en los '70 incorporó el cobre con el objetivo de mejorar las características anticonceptivas, al utilizar mecanismos que actúan antes de la fecundación del óvulo. En la década del '80 se creó el DIU con liberación de levonorgestrel.

Históricamente, la disponibilidad de métodos anticonceptivos en la Argentina estuvo condicionada por diferentes restricciones del marco legal[5]. Con el advenimiento de la democracia comenzó a facilitarse su uso[6]. A partir de la sanción de la *Ley Nacional 25.673* de 2002, en el año 2003 se creó el *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación –actualmente Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación-, y se estableció la gratuidad de una canasta de métodos, tanto en el sistema público como en obras sociales y prepagas.

Con la sanción en el año 2006 de la **Ley Nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica** se reconoció a la ligadura tubaria y a la vasectomía como métodos anticonceptivos y se legalizó su práctica en forma gratuita para personas mayores de edad.

> ***En la actualidad, la anticoncepción no se plantea como forma de regulación de la natalidad, sino como una manera que tienen las personas de poder elegir si tener o no hijas/os, cuántas/os y cuándo tenerlas/os. Y así, ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.***

En el año 2009, con la sanción de la *Ley Nacional 26.485* se estableció que obstaculizar el acceso a los métodos anticonceptivos es una forma de violencia contra la libertad reproductiva y su negativa conlleva responsabilidad profesional y para la institución.

El acceso a información y a métodos anticonceptivos es un derecho de todas las personas. Si bien solemos referirnos a mujeres como principales usuarias de MAC, es importante que los equipos de salud contemplen las necesidades de todas las personas con capacidad de gestar que mantenga relaciones sexuales que permitan la reproducción.

2. El término "venéreas" ya no se utiliza. Surgió por "Venus" y se lo utilizaba en el sentido de proteger al hombre de las enfermedades "causadas por mujeres" en el encuentro sexual. El término adecuado para denominarlas es infecciones de transmisión sexual (ITS).
3. En el proceso de creación de la píldora tuvieron un rol fundamental no sólo científicos sino activistas feministas. Para más información ver el artículo "Historia y Anticoncepción" de Lucía Katabian, en Anticoncepción del siglo XXI. AMADA, 2005.
4. Ya en la Antigüedad existían conocimientos acerca de la utilización de cuerpos extraños en el interior del útero para prevenir embarazos.
5. Ver Decreto 650/74 durante el ejercicio de José López Rega como ministro de Bienestar Social y Decreto 3938/77 de la última Dictadura Cívico Militar (1976-1983).
6. Ver Decreto 2274 de 1986 durante la presidencia de Raúl Alfonsín que deroga los Decretos 650/74 y 3938/77.



Es por eso que a lo largo de esta Guía referimos a *mujeres y a personas para nombrar a quienes consultan y demandan MAC.*

4.3. CLASIFICACIÓN DE LOS MAC

Según su mecanismo de acción, los métodos anticonceptivos se pueden clasificar en:

4.3.1. Anticonceptivos de barrera

A través de un mecanismo físico, impiden el acceso de los espermatozoides evitando su unión con el óvulo.
- Preservativo "masculino" o peneano.
- Preservativo "femenino" o vaginal.
- Diafragma.

4.3.2. Anticonceptivos hormonales

Impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides. Existen distintas maneras de clasificarlos.

Según su *composición* se clasifican en:
- *Anticonceptivos hormonales combinados:* compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona (progestágenos).
- *Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos:* compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer.

Según su **mecanismo anticonceptivo** se clasifican en:
- *Anovulatorios:* inhiben la ovulación incidiendo sobre el eje de regulación hormonal del ciclo.
- *NO Anovulatorios:* actúan produciendo cambios en el moco cervical.

Según su **vía de administración** se clasifican en:
- Orales
- Inyectables
- Dérmicos
- Subdérmicos
- Vaginales
- Intrauterinos

4.3.3. Métodos intrauterinos

Dispositivos flexibles que se colocan dentro de la cavidad uterina y actúan por mecanismos locales de alteración del medio uterino que lo hacen desfavorable para el ascenso de los espermatozoides.

Hay dos tipos:
- Dispositivo intrauterino con cobre (DIU Cu).
- Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG).

Cuadro 4.1. Clasificación de métodos hormonales

Composición hormonal	Tipo	Vía administración	Principal mecanismo anticonceptivo
Estrógeno + Progestágeno	Anticonceptivos hormonales combinados	-Anticonceptivos combinados orales (ACO) -Anticonceptivo combinado inyectable mensual (ACI) -Anillos vaginales -Parches dérmicos	Anovulación
Sólo Progestágeno	Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos	- Oral (levonorgestrel/ linestrenol)	Alteración moco cervical
		- Oral (desogestrel) - Inyectable trimestral - Implantes subdérmicos (AMPD)	Anovulación
		-DIU con levonorgestrel	Alteración moco cervical/ Inhibición espermática
	Anticoncepción hormonal de emergencia	- Oral	Anovulación



4.3.4. Anticoncepción Quirúrgica

Son los únicos métodos prácticamente irreversibles.
- Ligadura de las Trompas uterinas.
- Vasectomía.

4.3.5. Anticonceptivos Químicos

Actúan como espermicidas.
- Cremas / Jaleas / Tabletas / Óvulos
- Esponjas

4.3.6. Método de la Lactancia Amenorrea (MELA)

Consiste en usar como método anticonceptivo durante los primeros seis meses de vida del/de la bebé la lactancia exclusiva, mientras continúe la amenorrea.

4.3.7. Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad (MBCF)

- Calendario
- Moco cervical
- Temperatura basal
- Sintotérmico

Métodos anticonceptivos de Larga Duración.

Se llama anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC por sus siglas en inglés: Long Acting Reversible Contraception) a aquellos métodos que **permiten prevenir un embarazo durante un período prolongado sin requerir de la intervención activa de la persona usuaria.**

Se incluyen dentro de estos métodos a los *dispositivos intrauterinos* (DIU con cobre y con levonogestrel) y a los *implantes subdérmicos.*

La eficacia real durante el uso típico de los métodos reversibles de larga duración es la misma que la eficacia teórica de su uso correcto (ver Cuadro 4.2.).
- Los LARC tienen mayor efectividad anticonceptiva que el resto de los métodos reversibles.
- Luego de la colocación requieren de pocas consultas al sistema de salud.
- Son reversibles de forma inmediata.

4.4. INFORMACIÓN NECESARIA PARA ELEGIR LOS MAC

En el acompañamiento de la elección y la toma de decisiones es fundamental la información que brinden las y los profesionales del equipo de salud.[7] Para una adecuada **elección autónoma,** el/la profesional debe lograr en la comunicación con la usuaria o el usuario estos ocho objetivos:

1. Compartir la información sobre *cómo funciona* el método.

2. Clarificar cuál es *su eficacia.*

3. Transmitir cuál es el *uso correcto* del método, *qué esfuerzos implica* y *qué facilidades* tiene su uso.

4. Explicar cuáles son los *efectos secundarios comunes y qué puede hacerse ante su aparición.*

5. Dar cuenta de los *riesgos y beneficios* para la salud inherentes al método.

6. Clarificar cuáles son los *signos, síntomas o situaciones de alarma* que requieren una nueva consulta y cómo acceder a la misma.

7. Ver "Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación". (DSSyR, 2019).



7. Explicar cuáles son las *posibilidades de retorno a la fertilidad* después de la interrupción del método.

8. Informar cómo *protegerse de las ITS,* incluyendo el *VIH.*

Para lograr estos objetivos, la herramienta con que cuentan las y los profesionales del equipo de salud es la comunicación.



Durante la consulta, es importante:

- Utilizar términos adecuados y permitir que surjan preguntas.
- Facilitar que las personas puedan expresar sus dudas y temores.
- Fortalecer la comunicación con el uso de materiales didácticos y en formatos accesibles para todas las personas, incluyendo a las personas con discapacidad.
- Durante toda la consulta, el eje es alcanzar el cumplimiento de los ocho objetivos sobre información necesaria para elegir un MAC.

4.5. EFICACIA DE LOS MAC

La eficacia de los distintos métodos anticonceptivos se determina por el Índice de Pearl, que se mide por el número de embarazos por cada cien mujeres al año que utilizan un determinado método.

La eficacia anticonceptiva de los distintos métodos puede variar enormemente de una persona a otra debido a que, según la forma de administración del método, hay variaciones que son operador dependiente. La eficacia está relacionada con el uso correcto y consistente del método anticonceptivo elegido.

La eficacia de los MAC depende no sólo de la protección del método en sí, sino también de la **continuidad y consistencia** con la que se los usa (OMS, 2018).Otro aspecto que incide en el uso correcto del método es la calidad del asesoramiento recibido. Las personas usuarias presentan mayor adherencia[8] y continuidad[9] en el uso del método cuando lo eligen luego de recibir información completa.

La mayoría de las usuarias y de los usuarios tienden a hacer más efectivo el método a medida que adquieren mayor experiencia en su uso. En estudios para medir la eficacia anticonceptiva se denomina:

Uso habitual: gestaciones que se producen en todos los meses o ciclos con exposición, más allá de cómo se utilizó el método.

Uso correcto: gestaciones producidas con el uso perfecto del método.

8. Adherencia: el grado en el que la conducta de un/a paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el/la profesional sanitario/a. Requiere el consentimiento del/de la paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre profesional sanitario y paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud (World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. 2003).
9. Continuidad: tiempo durante el cual el/la paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción. (Cramer J et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions Value Health, 11 (2008), pp. 44-47 http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x Medline)

Cuadro 4.2. Eficacia anticonceptiva de los MAC. Uso habitual, uso correcto y continuidad en el uso.

Método anticonceptivo	% de mujeres que tienen un embarazo no intencional durante el primer año de uso*		% de mujeres que continúan el uso al año [c]
	Uso típico [a]	Uso perfecto [b]	
Preservativo			
vaginal	21	5	41
peneano	18	2	42
Anticonceptivo oral combinado y con progestágeno solo	9	0,3	67
Parche	9	0,3	67
Anillo vaginal	9	0,3	67
Diafragma	12	6	57
Anticonceptivos intrauterinos			
T con cobre	0,8	0,6	78
levonorgestrel	0,2	0,2	82
Inyectable combinado**	3	0,05	56
Inyectable Sólo de Progestágeno (AMPD)	6	0,2	56
Implante subdérmico	0,05	0,05	84
Ligadura tubaria	0,5	0,5	100
Vasectomía	0,15	0,1	100
Métodos químicos	28	18	42
Método de la Lactancia Amenorrea***	0,9	2	
Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad	24	0,4 - 5 ****	47

a- Entre las parejas típicas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez), el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo accidental durante el primer año si no interrumpen el uso por ninguna otra razón. Los cálculos de la probabilidad de embarazo durante el primer año de uso típico en el caso de los espermicidas y del diafragma provienen de la National Survey of Family Growth (Encuesta Nacional sobre Crecimiento Familiar) de 1995, corregida para tener en cuenta el registro insuficiente de casos de aborto; los cálculos correspondientes a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, al preservativo masculino, a los anticonceptivos orales y al inyectable Sólo de Progestágeno (APDM) provienen de la National Survey of Family Growth de 1995 y 2002, corregida para tener en cuenta el registro insuficiente de casos de aborto (OMS,2018).
b- Entre las parejas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez) y que lo usan perfectamente (tanto correcta como consistentemente), el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo accidental durante el primer año si no interrumpen el uso por ninguna otra razón.
c- Entre las parejas que tratan de evitar el embarazo, el porcentaje que continúa con el uso de un método durante un año (OMS,2018).

(*) Trussell J. Contraceptive Efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M. Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 2011.
(**)Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004; 70(2): 89–96.
(***) La tasa para uso consistente y correcto de MELA es un promedio ponderado de cuatro estudios clínicos citados en Trussell (2007). La tasa para MELA como es usada comúnmente es de Kennedy KI y col., Consensus statement: Lactational amenorrea method for family planning. International Journal of Gynecology and Obstetrics 1996; 54(1): 55–57.
(****) Según el MBCF utilizado.

4.6. REQUISITOS LEGALES

Para la provisión de los MAC, los aspectos legales a tener en cuenta por el equipo de salud son:
1. Realizar consejería con información adecuada, validada científicamente y en forma accesible, en todos los casos.
2. Asegurar la confidencialidad y preservación de la intimidad.
3. Brindar la atención acompañando la decisión autónoma de las personas.
4. Para los MAC reversibles contar con el consentimiento informado verbal. Consignar en la historia clínica.
5. Para anticoncepción quirúrgica brindar información sobre otros métodos y contar con el consentimiento informado firmado por la persona (ley 26.130).
6. Las y los adolescentes a partir de los 13[10] años no necesitan acompañamiento de sus padres ni de otro adulto para que se les provean métodos anticonceptivos.

10. A partir de la sanción del Código Civil y Comercial del año 2015 y de la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación se plantea que a partir de los 13 años las personas pueden consentir autónomamente todas las prácticas que no impliquen un riesgo grave para su salud o su vida.



7. Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los métodos anticonceptivos como todas las personas. Los criterios de acceso a los métodos son los mismos para las personas con o sin discapacidad. En todos los casos es necesario contemplar si la persona necesita y solicita la implementación de medidas de apoyo o tiene apoyo designado judicialmente para actos relativos a su salud.

La implementación de un sistema de apoyos para la toma de decisiones y/o el ejercicio de otros derechos es, en sí mismo, un derecho de todas las personas. No se trata de un requisito para el ejercicio de los derechos y en ningún caso su implementación formal o informal puede suponer una barrera de acceso a las prestaciones requeridas.

Las medidas de apoyo tienen como función promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos[11].

4.7. PRÁCTICAS PREVIAS RECOMENDADAS PARA EL USO DE LOS MAC

En el inicio y seguimiento del uso de métodos anticonceptivos habitualmente se realizan algunas prácticas médicas que, si bien han sido naturalizadas por el uso, muchas **no son necesarias** según los avances en investigación clínica.

En el caso de estar frente a una persona sin antecedentes significativos de problemas de salud o cursando una enfermedad actual se categorizan prácticas recomendadas según evidencia científica (ver Cuadro 3.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de MAC).
En caso de que la persona presente alguna afección médica o se encuentre en otra situación especial, los **Criterios Médicos de Elegibilidad**[12] son una herramienta fundamental para orientar la toma de decisiones respecto a la seguridad de los distintos métodos[13].

Se recomienda cotejar las prácticas habituales con las últimas recomendaciones científicas a fin de adaptar los procedimientos, para no generar barreras en el acceso a los métodos.

4.7.1. Prácticas y nivel de recomendación

Existen tres categorías o niveles de recomendación en las cuales se organizan las prácticas para el uso seguro de los MAC. Conocer estas categorías es necesario para identificar qué prácticas son recomendadas o innecesarias al evaluar la elegibilidad de cada método anticonceptivo:

- **Categoría A:** esencial y obligatoria en todas las circunstancias para un uso seguro y efectivo.

- **Categoría B:** contribuye sustancialmente para un uso seguro y efectivo, pero su implementación puede ser considerada según el contexto. Se debe realizar una valoración costo-beneficio.

- **Categoría C:** puede ser apropiado como prevención del cuidado de la salud pero no contribuye sustancialmente para el uso seguro y efectivo del método.

11. Acorde a la Convención de Derechos de PCD y la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación.
12. "Criterios médicos de elegibilidad de métodos anticonceptivos". OMS, Quinta edición 2015.
13. El "Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos." OMS, 2015, es un instrumento que facilita el acceso a la información para profesionales del equipo de salud en las consultas. En la presente edición, al final del libro, hay una versión adaptada por AMADA y MSAL.



Cuadro 4.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de MAC

Método anticonceptivo	Anticonceptivos hormonales combinados	Anticonceptivos orales sólo de progestágenos	AMPD	Implante	DIU-Lng	DIU-Cu	Métodos de barrera
Examen ginecológico	C	C	C	C	A	A	C
Examen mamario	C	C	C	C	C	C	C
Citología cervical - colposcopía	C	C	C	C	C	C	C
Laboratorio de rutina	C	C	C	C	C	C	C
Pesquisa de ITS	C	C	C	C	B	B	C
Tensión arterial	+	+	+	+	+	C	C
Consejería	A	A	A	A	A	A	A

+ Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar el método. Sin embargo, en algunas circunstancias, no es posible medir la presión arterial. En muchos de estos casos, los riesgos de morbimortalidad relacionados con el embarazo son altos, y los métodos hormonales se encuentran entre los pocos métodos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negar el uso de métodos hormonales a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Fuente: Adaptado de Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 3° edición (OMS, 2018)

4.7.2. ¿Cómo descartar un embarazo?

La utilización de la menstruación para descartar un embarazo suele retrasar el inicio de un método anticonceptivo seguro (hasta el momento de la menstruación). Sin embargo, negar el inicio inmediato de un método anticonceptivo puede tener como consecuencia un embarazo no intencional que implica riesgos más serios que los inherentes al uso de anticonceptivos durante el embarazo.

De acuerdo con la OMS, no se conoce ningún daño que se produzca sobre la persona embarazada o el feto por exposición a métodos anticonceptivos hormonales. Por lo tanto, los beneficios de un incremento en el acceso a estos métodos superan los riesgos asociados a las consecuencias de negar el inicio inmediato de un método anticonceptivo.

El equipo de salud puede tener la **certeza razonable** de que una mujer (o en general, toda persona con capacidad de gestar) **no está embarazada** si no presenta otros síntomas o signos de embarazo y cumple cualquiera de los criterios mencionados a continuación:



- Menstruación típica y en fecha, con MAC seguro y bien utilizado.
- Menstruación típica y en fecha, sin relaciones sexuales desde la FUM.
- Se encuentra en los primeros siete días desde el inicio de una menstruación normal.
- Todavía no pasó la cuarta semana del puerperio (en el caso de no estar amamantando).
- Está amamantando en forma exclusiva y regularmente, tiene amenorrea desde el momento del parto y lleva menos de seis meses de puerperio.

Uso del test de embarazo

Los niveles de Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana (HCG), pueden detectarse en suero o en orina con métodos de distinta sensibilidad. El **test de embarazo de HCG en muestras de orina** es una prueba diagnóstica que ha demostrado una elevada sensibilidad y especificidad.

La prueba está diseñada para detectar concentraciones de 25 UI/ml o mayores en orina. El cuerpo empieza a producir la hormona HCG tan pronto como se produce la implantación a la pared uterina (normalmente, esto ocurre entre 6 y 12 días después de la fecundación). Los valores de la hormona HCG llegan a niveles máximos a las 8 semanas después del período menstrual y luego bajan a niveles inferiores durante el resto del embarazo. Luego del nacimiento los valores bajan rápidamente y vuelven a niveles normales en tres o cuatro días.

Las pruebas de orina del embarazo tienen una sensibilidad muy baja para detectar los embarazos antes de una o dos semanas después de una ausencia de menstruación. Por lo tanto **no se recomienda realizar un test de embarazo en orina antes del primer día de atraso menstrual.**

Las pruebas en orina requieren una retención urinaria de por lo menos 3 horas a fin de eliminar los resultados negativos motivados por la falta de concentración de la muestra. Otro punto a señalar es que una prueba positiva en orina efectuada en las condiciones apropiadas **no necesita confirmación mediante la prueba en sangre,** siendo suficiente para establecer el diagnóstico. En caso de que el resultado sea negativo, es importante completar el diagnóstico con una completa anamnesis.

Inmediatamente después de un posible aborto no se recomienda utilizar este tipo de test para confirmar o no la continuidad del embarazo porque puede haber aún altos niveles de hormona en orina. Los valores suelen demorar 4 a 6 semanas en normalizarse, después de un aborto. Si se hiciera un control antes, se corre el riesgo de que arroje un falso positivo.

La consulta para acceder a una prueba de embarazo puede ser una oportunidad para:

- Ofrecer un método anticonceptivo seguro, en caso de dar negativo y si la persona no quiere buscar un embarazo.
- Ofrecer el acceso al derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), en el caso de dar positivo y estar encuadrado dentro de las causales (peligro para la salud, la vida o por violación).
- El acceso temprano al cuidado prenatal, en caso de dar positivo.

En estas situaciones, es fundamental que el equipo de salud acompañe a la persona, durante todo el proceso de atención fortaleciendo su autonomía, desde el primer momento de la decisión. Reforzar esta autonomía es fundamental en la atención de personas con discapacidad, debido a lo frecuente de violaciones a sus derechos reproductivos como abortos forzados y/o de negativas frente a la decisión de maternar/paternar.

Cuadro 4.4. COMPARATIVO: Características de los Métodos de la Canasta de Insumos de la DSSyR

	Preservativo	Anticonceptivos Combinados Orales (ACO)	Anticonceptivos orales sólo de Progestágenos anovulatorios (Desogestrel)	Anticonceptivos orales solo de progestágenos no anovulatorios (levonorgestrel/ linestrenol)	Anticonceptivos combinados mensuales (ACI)
Principal mecanismo de acción	Impide el encuentro de óvulos con espermatozoides.	Anovulación.	Anovulación.	Alteración del moco cervical.	Anovulación.
Cómo se utiliza	Se coloca en el pene erecto antes del coito.	Pastilla que se toma vía oral.	Pastilla que se toma vía oral.	Pastilla que se toma vía oral.	Inyección intramuscular profunda en cadera, parte superior de brazo o nalgas.
Frecuencia de uso	En cada práctica sexual.	Todos los días a la misma hora. En las presentaciones de 21 comprimidos, se hace una semana de no toma antes de comenzar el siguiente blíster.	Todos los días a la misma hora. Sin pausa entre blísteres.	Todos los días a la misma hora. Sin pausa entre blísteres.	Mensual. Inyección en la misma fecha calendario (mismo número de día) cada mes.
Eficacia	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Alta. Menos dependiente de la persona usuaria que los MAC de toma diaria.
Tiempo para que sea efectivo	Inmediatamente.	7 días de adecuada toma de comprimidos con hormonas. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	7 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	2 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	7 días de aplicada. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.
Margen de seguridad de la toma/ aplicación	(no corresponde)	24 horas.	12 horas.	Bajo: solo 3 horas. Enfatizar la importancia de tomarla en horario.	Puede aplicarse hasta 7 días antes o después de la fecha exacta (3 días de margen es de mayor cuidado).
Prácticas a realizar con nivel de recomendación A antes de iniciar el método	Consejería.	Consejería y control de tensión arterial.	Consejería y control de la tensión arterial.	Consejería y control de la tensión arterial.	Consejería y control de tensión arterial.
Patrones de sangrado	No los cambia.	El sangrado coincide con la semana de no toma (blíster de 21) o de toma de comprimidos sin hormonas (blíster de 28) y es más escaso. Puede existir sangrado irregular los primeros meses.	Irregularidades en el sangrado e incluso amenorrea.	Irregularidades en el sangrado e incluso amenorrea.	Al principio puede haber sangrado irregular. Luego el sangrado se regulariza. Puede generar amenorrea.
Privacidad	Requiere adherencia de los integrantes de la relación sexual.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.	No existen signos físicos de su uso.
Uso durante la lactancia	Se puede usar sin problema.	No se recomienda durante el período de lactancia.	Se pueden usar sin problemas.	Se pueden usar sin problemas.	No se recomienda durante el período de lactancia.
Uso ante contraindicación de estrógenos	Se puede usar sin problema.	No usar.	En general, se pueden usar.	En general, se pueden usar.	No usar.
Recuperación de la fertilidad	(no corresponde)	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.
Protección contra ITS	Alta.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.

Anticonceptivos inyectables solo de progestágeno (AMPD)	DIU de cobre	DIU LNG	Implante	Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)
Anovulación.	Reacción inflamatoria estéril local que es tóxica sobre los espermatozoides.	Alteración del moco cervical y alteración del endometrio.	Anovulación y alteración del endometrio.	Anovulación en un alto porcentaje.
Inyección intramuscular profunda en cadera, parte superior de brazo o nalgas.	Dispositivo que se coloca dentro del útero.	Dispositivo que se coloca dentro del útero.	Varilla que se coloca debajo de la piel de la parte superior e interna del brazo.	Pastilla/s que se toma/n vía oral.
Trimestral. Cada 90 días o 13 semanas.	Luego de colocado dura hasta 10 años, según el modelo.	Luego de colocado dura 5 años.	Luego de colocado dura 3 años.	Cada vez, luego de la relación sexual con penetración pene-vagina en que no se usó método o falló.
Alta. Menos dependiente de la persona usuaria que otros MAC de toma diaria.	Muy alta. No depende de la persona usuaria.	Muy alta. No depende de la persona usuaria.	Muy alta. No depende de la persona usuaria.	Es más efectiva cuanto antes se tome. Dentro de las primeras 12 horas después de la relación sexual tiene 95% de eficacia.
7 días de aplicada. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	Inmediatamente luego de colocado. Se recomienda método de respaldo hasta control de que esté en cavidad.	7 días de colocado. Se recomienda método de respaldo por 7 días y hasta que se controle que esté en cavidad.	7 días de colocado. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	Sirve para esa situación. No es efectiva como método habitual
Puede darse hasta 2 semanas antes o 4 después de la fecha indicada (para mayor cuidado no pasarse de 2 semanas).	(no corresponde)	(no corresponde)	(no corresponde)	Puede tomarse hasta el 5° día sin embargo su efectividad va disminuyendo con los días.
Consejería y control de tensión arterial	Consejería y examen ginecológico.	Consejería, examen ginecológico y control de la tensión arterial.	Consejería y control de la tensión arterial.	Facilitar el acceso inmediato, sin turno ni otros requisitos.
Irregularidades del sangrado los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente.	Puede causar menstruaciones más abundantes y prolongadas. También sangrado irregular y más dolor durante la menstruación.	Irregularidades en el sangrado los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente.	Irregularidades en el sangrado especialmente en los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente o irregular.	Puede modificar el sangrado menstrual, adelantándolo o retrasándolo una semana.
No existen signos físicos de su uso.	Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene.	Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene.	Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene.	No existen signos físicos de uso.
Se puede usar sin problema. No es de primera elección antes de las 6 semanas post parto.	Se puede usar sin problema. Colocación post parto: < a 48 hs o a partir de las 4 semanas.	Se puede usar sin problema. Colocación post parto: < a 48 hs o a partir de las 4 semanas.	Se puede usar sin problema.	Se puede usar sin problema.
En general, se pueden usar.	Se puede usar.	Se puede usar.	En general, se puede usar.	Se puede usar.
Puede haber una demora.	Rápidamente al retirar el dispositivo.	Rápidamente al retirar el dispositivo.	Rápidamente al retirar el implante.	Sólo protege o disminuye la posibilidad de embarazo en esa relación sexual sin protección o en la que el método falló.
Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.

Cuadro 4.5. Reemplazo de un MAC por otro

Métodos	ACO	ACI	AMPD
ACO	**Reemplazo de un ACO por otro con otra composición con dosis menor de estrógeno** (Ej: 30 µg EE a 20 µg EE). Iniciar la toma de las nuevas pastillas al día siguiente de la toma del último comprimido activo del ACO, es decir sin hacer la semana de pastillas inactivas o no toma. Es probable que durante ese mes no se produzca sangrado. Se hace para garantizar la eficacia anticonceptiva. / Si inicia las nuevas pastillas luego de terminar el blíster completo de 28 comprimidos, o luego de la semana de no toma con blíster de 21 comprimidos, se recomienda usar un método de respaldo (como preservativo) durante la primera semana. **Reemplazo por un ACO por otra composición pero con una dosis igual o mayor de estrógeno:** se continúa como si se tratara del mismo ACO.	**Reemplazo de ACO por ACI:** Inmediatamente si usó el ACO de manera correcta y consistente. No precisa esperar hasta el próximo sangrado. No hay necesidad de método de respaldo. Si el cambio se produce en la primer semana de toma de ACO, usar método de respaldo por 7 días.	**Reemplazo de ACO por AMPD:** Inmediatamente si usó el ACO de manera correcta y consistente. No precisa esperar hasta el próximo sangrado. No hay necesidad de método de respaldo. Si el cambio se produce en la primer semana de toma de ACO, usar método de respaldo por 7 días.
ACI	**Reemplazo de ACI por ACO:** Comenzar la toma de ACO cuando correspondía la siguiente aplicación del inyectable. No es necesario método de respaldo.		**Reemplazo de ACI por AMPD:** aplicar el AMPD cuando correspondería la aplicación de ACI. No hay necesidad de método de respaldo.
AMPD	**Reemplazo de AMPD por ACO:** Puede iniciarse cuando le correspondía la aplicación de AMPD. Si se comienza hasta 15 semanas después de la última inyección de AMPD, no hay necesidad de metodo de respaldo.	**Reemplazo de AMPD por ACI:** Aplicar ACI cuando le correspondería recibir el que utilizaba. No hay necesidad de metodo de respaldo.	
Implante	**Reemplazo de implante por ACO:** Comenzar la toma de las pastillas cuando se realiza la extracción del implante subdérmico. No hay necesidad de método de respaldo.	**Reemplazo de implante por ACI:** Aplicar el ACI cuando se realiza la extracción del implante subdérmico. No hay necesidad de método de respaldo.	**Reemplazo de implante por AMPD:** Aplicar la AMPD cuando se realiza la extracción del implante. No hay necesidad de método de respaldo.
AOPS (Minipíldora/ Desogestrel)	**Reemplazo de AOPS por ACO:** Comenzar la toma de las pastillas de ACO cuando se desee y suspender ese mismo dia la toma del AOPS (pasar de una a otra sin interrupción). Si la AOPS era minipíldora, durante los primeros 7 días de toma de ACO, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo, por ejemplo el preservativo.	**Reemplazo de AOPS por ACI:** Comenzar la aplicación del inyectable cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS (pasar de una a otra sin interrupción). Si la AOPS era minipildora, durante los primeros 7 días de aplicada la inyección, hay que utilizar, ademas, un método anticonceptivo de respaldo, por ejemplo el preservativo.	**Reemplazo de AOPS por AMPD:** Comenzar la aplicación del inyectable cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS (pasar de una a otra sin interrupcion). Si la AOPS era minipíldora, durante los primeros 7 días de aplicada la inyección, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo, por ejemplo el preservativo.
DIU Cu / DIU LNG	**Reemplazo de DIU por ACO:** • En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACO. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACO, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento del siguiente sangrado. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene- vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado.	**Reemplazo de DIU por ACI:** • En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACI. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Mas de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACI, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene- vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado.	**Reemplazo de DIU por AMPD:** • En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AMPD. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AMPD, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene- vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado.

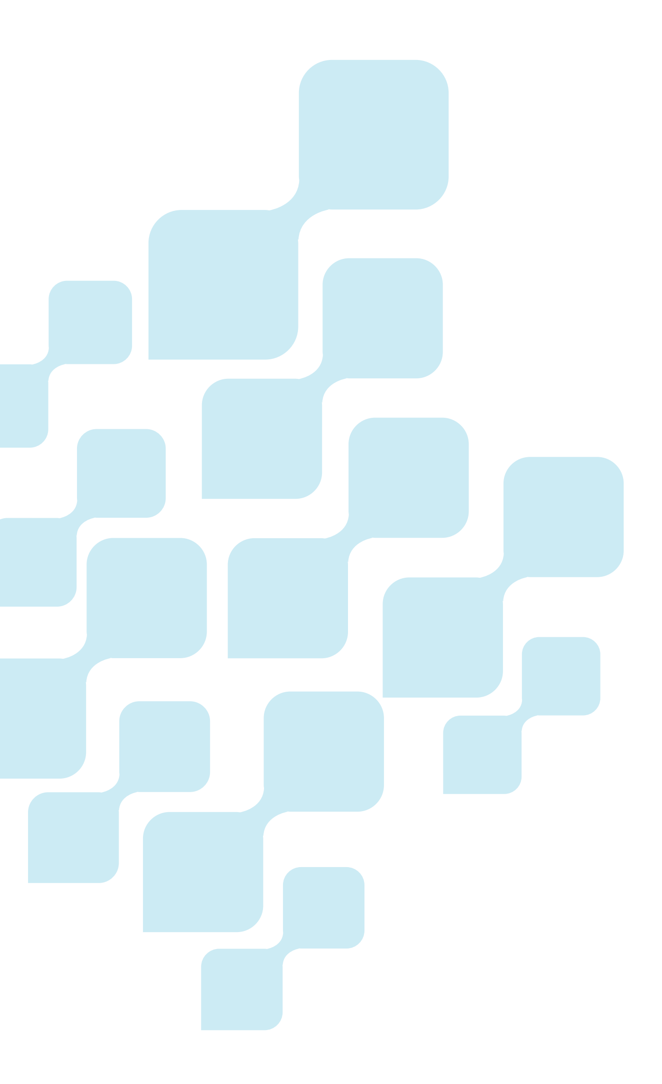
Implante	AOPS (Minipíldora/Desogestrel)	DIU Cu / DIU LNG
Reemplazo de ACO por implante: Puede insertarse inmediatamente si usó ACO de manera correcta y consistente. No es necesario esperar hasta el próximo sangrado.No hay necesidad de metodo de respaldo. Si el cambio se produce en la primer semana de toma de ACO, usar método de respaldo por 7 días.	**Reemplazo de ACO por AOPS:** Iniciar las pastillas al día siguiente de la toma del último comprimido activo del ACO, sin tomar las pastillas inactivas o sin hacer la semana de no toma. Es probable que durante ese mes no se produzca el sangrado. No hay necesidad de método de respaldo.	**Reemplazo de ACO por DIU Cu / DIU LNG:** Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no está embarazada. No necesita esperar al siguiente sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.
Reemplazo de ACI por implante: insertar el implante en el momento en que debería repetirse la inyección. No es necesario método de respaldo. (También se puede colocar el implante algunos días o semanas antes de la fecha en que debía aplicarse el inyectable, para no perder la oportunidad).	**Reemplazo de ACI por AOPS:** comenzar la toma de las pastillas cuando correspondía la aplicación del ACI. No hay necesidad de método de respaldo.	**Reemplazo de ACI por DIU Cu / LNG:** Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no hay embarazo. No necesita esperar al sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.
Reemplazo de AMPD por implante: el implante debe insertarse en el momento en que debería repetirse la inyección. Si se coloca hasta 15 semanas después de la última inyección de AMPD, no es necesario método de respaldo.	**Reemplazo de AMPD por AOPS:** comenzar la toma de las pastillas cuando correspondía la siguiente aplicación. Si se comienza hasta 15 semanas después de la última inyección de AMPD, no hay necesidad de método de respaldo.	**Reemplazo de AMPD por DIU Cu / LNG:** Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no hay embarazo. No necesita esperar al sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.
	Reemplazo del implante por AOPS: Comenzar la toma de las pastillas cuando se realiza la extracción del implante. No hay necesidad de método de respaldo.	**Reemplazo de implante por DIU Cu / LNG:** Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no haya embarazo. No necesita esperar al siguiente sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.
Reemplazo de AOPS por implante: Colocar el implante cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS (pasar de una a otro sin interrupción). Durante los primeros 7 días de colocado el implante hay que utilizar, además, un metodo anticonceptivo de respaldo, por ejemplo el preservativo.	**Reemplazo de AOSP de levonorgestrel o linestrenol por desogestrel 0,075 mg:** Comenzar la toma de las pastillas de desogestrel cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOSP de levonorgestrel o linestrenol que se estaba usando (pasar de una a otra sin interrupción). Es necesario utilizar protección adicional por 7 días.	**Reemplazo de AOPS por DIU Cu / LNG:** Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no está embarazada. No necesita esperar al siguiente sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.
Reemplazo de DIU por Implante Subdérmico: • En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede colocarse el implante subdérmico. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede colocarse el implante subdérmico, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene- vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado.	**Reemplazo de DIU por AOPS:** • En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse la toma. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse la toma, si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene- vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado.	**Reemplazo de DIU Cu / LNG por otro DIU Cu / LNG:** Una vez cumplido el tiempo de vida útil del dispositivo, si la mujer desea continuar con el método, puede colocarse un nuevo DIU. Se sugiere que la extracción y la colocación se realicen en el mismo procedimiento. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.

Capítulo 5

Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos

Puntos clave

- ✓ La OMS publica los criterios médicos de elegibilidad basados en evidencia científica.
- ✓ Se trata de recomendaciones, no de normas estrictas, que sirven de base para tomar decisiones sobre diversos anticonceptivos según las condiciones médicas de cada persona usuaria.
- ✓ Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasifican en categorías. Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica.
- ✓ Es importante brindar consejería en métodos anticonceptivos a las personas con discapacidad (PCD).



5.1. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LA OMS

A través de los *Criterios médicos de elegibilidad* (CME) para el uso de anticonceptivos, la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) propone recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que una persona puede usar métodos anticonceptivos en forma segura.

El documento no proporciona normas estrictas sino que brinda recomendaciones, que sirven de base para tomar decisiones sobre diversos anticonceptivos para ser usados por personas con ciertas condiciones médicas, teniendo en cuenta la información más actualizada disponible sobre la seguridad de los métodos en cada situación.

Hoy en día, en muchos lugares, la decisión sobre qué MAC recomendar está basada en estudios sobre anticonceptivos que ya no se utilizan ampliamente, en preocupaciones teóricas que nunca han sido fundamentadas, o en la preferencia personal o tendencia de los equipos de salud. Estas políticas o prácticas anticuadas, muchas veces, originan limitaciones tanto en la calidad como en el acceso a los servicios de salud sexual de las usuarias y los usuarios.

El documento de la OMS pretende actualizar el criterio médico de elegibilidad utilizado en la provisión de todos los anticonceptivos: hormonales, DIU, métodos de barrera, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF), coito interrumpido, método de lactancia amenorrea (MELA), anticoncepción quirúrgica y anticonceptivos de emergencia.

La primera edición de los "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos" se publicó en 1996; las ediciones subsiguientes se publicaron en 2000, 2004, 2009 y 2015 (5ta edición).

La OMS actualiza y amplía las recomendaciones a intervalos apropiados a través de las reuniones del Grupo de Trabajo realizadas cada tres a cuatro años, o según sea necesario.

Para establecer los Criterios médicos de elegibilidad, la Organización Mundial de la Salud hace las siguientes evaluaciones:

- Considera la inclusión de las *condiciones de salud* relevantes.
- Evalúa las condiciones basadas en *evidencia científica.*
- Incluye las *etapas de la vida* que pueden afectar la elección del anticonceptivo.
- Incluye los aspectos relacionados con los *servicios necesarios* para la atención en relación al uso del método.

5.2. CATEGORÍAS DE ACUERDO A LAS CONDICIONES QUE PRESENTA LA PERSONA

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías, según se detalla en el Cuadro 5.1.

- Las *categorías 1 y 2* no observan riesgo para la salud de la persona si usa ese método anticonceptivo.
- En el caso de las *categorías 3 y 4,* con distinto grado de implicancia, es preferible utilizar otro método.
- Las *categorías 1 y 2* pueden ser manejadas por personas del equipo sin formación médica.
- Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica, teniendo siempre presente la situación singular de la persona y el método que está eligiendo. Respecto de las personas con discapacidad (PCD) es importante valorar con ellas para la elección del método las preferencias de la persona, así como la condición de la discapacidad en relación con las características específicas del método. Es decir, tanto la condición clínica de la persona así como el modo en que la condición de la discapacidad pudiera afectar la adherencia a los diferentes métodos.

Como la OMS señala "Por ejemplo, la utilización de algunos métodos de barrera puede resultar difícil para personas con destreza manual reducida; los anticonceptivos orales combinados tal vez no sean un método adecuado para mujeres con mala circulación o extremidades inmóviles, aun en la ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas, debido a un mayor riesgo de trombosis venosa profunda (TVP); y otros métodos serán preferibles para personas con discapacidades intelectuales o de salud mental que tienen dificultad para recordar la toma diaria de medicamentos. En el caso de mujeres que tienen dificultad con la higiene íntima durante la menstruación, también deberá considerarse el impacto del método anticonceptivo en los ciclos menstruales" (OMS, 2015 y OMS, 2018). Teniendo en cuenta estos elementos, la elección del MAC es siempre de la persona usuaria.

Cuadro 5.1. Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona

Categorías	Condiciones
1	Una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2	Una condición en donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisible si se utiliza el método anticonceptivo.

En términos de la práctica cotidiana, según la posibilidad de acceder a observaciones clínicas amplias o limitadas, las cuatro categorías anteriores se pueden traducir en distintas posibilidades de uso del método.

Cuadro 5.2. Uso de las categorías para la práctica cotidiana

Categorías	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia.	Sí, usar el método.
2	En general, use el método.	
3	El uso del método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados o haya serias dificultades de adherencia.	No usar el método.
4	No debe usarse el método.	

5.2.1. Categorías para la anticoncepción quirúrgica[1]

No hay ningún trastorno médico que restrinja de manera absoluta la elegibilidad de una persona para la anticoncepción quirúrgica, aunque algunas condiciones y circunstancias indican que deben tomarse ciertas precauciones.
Las recomendaciones para la esterilización quirúrgica se definen según las cuatro categorías siguientes:

- *A (Aceptar):* no hay razones médicas para negar la esterilización a una persona en esta condición.

- *C (Cuidado):* el procedimiento normalmente se realiza en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.

- *R (Retrasar):* el procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.

- *E (Especial):* el procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanas/os y personal experimentados, y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren además la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Deben ofrecerse métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir al/la usuario/a o si hay cualquier otro retraso.

5.3. SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Respecto de las personas con discapacidad (PCD), muchas veces no se les ofrecen métodos anticonceptivos debido a falsas creencias que las consideran como asexuadas o incapaces de decidir sobre su vida sexual y reproductiva. Esto es falso y produce discriminación y sufrimiento. Es una buena práctica **ofrecer a las PCD, como a todas las personas, consejería en MAC en todas las consultas de salud,** con el criterio de no perder oportunidades.

Al brindar información respecto de los MAC es necesario no solo considerar la condición clínica de la persona sino evaluar con ella cómo la condición de discapacidad puede dificultar o no la adherencia a los diferentes métodos anticonceptivos según las características de los mismos.

Es central destacar que las PCD tienen la misma dignidad y derecho para decidir acceder o negarse a acceder a todos los métodos anticonceptivos. Respecto de la anticoncepción quirúrgica es fundamental remarcar, ante la denuncia de esterilizaciones forzosas a personas con discapacidad en todo

1. Ver capítulo 11 de Anticoncepción quirúrgica.



el mundo, que siempre la persona es la titular del derecho, y quien debe dar su consentimiento informado para la realización de la práctica. Es obligación del equipo de salud garantizar que la persona pueda manifestar su voluntad en forma autónoma, como resultado del proceso de consentimiento informado.

5.4. INICIO Y CONTINUACIÓN DEL USO DE MÉTODOS

En los Criterios, también se valoran los criterios médicos para el inicio (cuando la condición clínica es previa a la elección de un método) y/o la continuación (en el caso en que se presente la condición clínica mientras la persona esté usando el método) del uso de los métodos. Al utilizar el **Cuadro 5.3. Criterios de Elegibilidad** de las páginas siguientes, debe tenerse en cuenta que en algunos casos se determinaron diferentes categorías de criterios de elegibilidad para el inicio y la continuación; esas diferencias se marcan con las letras I y C, **I=Inicio y C=Continuación**. Cuando I y C no se indican o aclaran, significa que la categoría es la misma para el inicio y la continuación. A continuación se presenta un cuadro que resume las situaciones más frecuentes *(Cuadro 5.3. Criterios de Elegibilidad)* y, a su vez, se adjunta a este ejemplar una lámina y un disco para determinar Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS, herramienta de uso cotidiano en la consulta anticonceptiva.

Dada la gran utilidad de estas tablas y/o del Disco en la práctica diaria, se recomienda:

- Que estén disponibles en los consultorios y espacios de atención para ser fácil y rápidamente consultadas por el equipo de salud cuando realiza las consejerías y consultas.

- Para obtener más información consultar:
Resumen ejecutivo de Criterios médicos de elegibilidad (OMS, 2015), en castellano:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205016/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?sequence=1
Documento completo de Criterios médicos de elegibilidad (OMS, 2015), en inglés:
http://apps.who.int/iris/bitstream handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=1

Cuadro 5.3. **RESUMEN:** CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS PARA EL INICIO Y CONTINUACIÓN DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

			ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cobre	DIU LNG
1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	Edad	Desde la menarca a los 18 años	1	1	1	2	1	2	2
		Desde los 18 a los 39 años	1	1	1	1	1	1[I]	1[I]
		Desde los 40 años y más	2	2	1	1 /2[II]	1	1	1
	Nulíparas		1	1	1	1	1	2	2
	Lactancia	Hasta 6 semanas post parto	4	4	2	3[III]	2	*	*
		6 semanas hasta 6 meses post parto	3	3	1	1	1	*	*
		6 meses post parto a más	2	2	1	1	1	*	*
	Post parto (no amamantando)	Menor a 21 días	3 /4[IV]	3 /4[IV]	1	1	1	*	*
		Entre 21 días y 42 días	2/3[V]	2 /3[V]	1	1	1	*	*
		Mayor a 42 días	1	1	1	1	1	*	*
	Post parto (amamantando o no, incluido post cesárea)	Menor a 48 hs	**	**	**	**	**	1	1/2[VI]
		Entre 48 hs y 4 semanas	**	**	**	**	**	3	3
		Mayor a 4 semanas	**	**	**	**	**	1	1
		Sepsis Puerperal	**	**	**	**	**	4	4
	Post aborto	Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1
		Segundo trimestre	1	1	1	1	1	2	2
		Inmediatamente después de un aborto séptico	1	1	1	1	1	4	4
	Trastorno venosos superficiales	Várices	1	1	1	1	1	1	1
		Trombosis venosa superficial	2	2	1	1	1	1	1
	Tabaquismo	Edad menor a 35 años	2	2	1	1	1	1	1
		Edad mayor o igual a 35 años y consume MENOS de 15 cigarrillos día	3	2	1	1	1	1	1
		Edad mayor o igual a 35 años y consume MAS de 15 cigarrillos día.	4	3	1	1	1	1	1
	Obesidad (IMC mayor a 30 kg/m2)		2	2	1	1	1	1	1

***** Considerar criterios para Post parto (amamantando o no, incluido post cesárea).
****** Considerar criterios para Lactancia y Post parto (no amamantando).
I. El DIU Cu y el DIU LNG son categoría 2 hasta los 20 años.
II. En mujeres de 45 años o más el AMPD es categoría 2.
III. Si bien para la OMS (2015), la AMPD es categoría 3, según los criterios de elegibilidad del Reino Unido (UK, 2016) y del CDC de EEUU (2016), el AMPD es categoría 2. La recomendación de la DSSyR es que se evalúe la posibilidad, si la persona elige este método, de que utilice otro de manera temporaria, y vuelva a colocarse el AMPD a las 6 semanas o se retire con el mismo y las indicaciones para su aplicación a las 6 semanas post parto. Si no existen otras posibilidades, puede evaluarse colocárselo antes del alta.
IV. Si presenta otros factores de riesgo de TEV es categoría 4. Otros posibles factores de riesgo para TEV: antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m2, hemorragia postparto, preeclampsia, tabaquismo.
V. Si presenta otros factores de riesgo de TEV, es categoría 3. Otros posibles factores de riesgo para TEV: antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m2, hemorragia postparto, preeclampsia, tabaquismo.
VI. Con lactancia, es categoría 2

Cuadro 5.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

			ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cobre	DIU LNG
2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad mayor, fumar, DBT,HTA, obesidad, dislipemia, etc.)		3/4[VII]	3/4[VII]	2	3	2	1	2
	Hipertensión	Historia de presión alta donde no se puede evaluar la tensión arterial	3	3	2	2	2	1	2
		Antecedentes de HTA con presión controlada y se puede evaluar	3	3	1	2	1	1	1
		Máxima entre 140 y 159, Mínima entre 90 y 99	3	3	1	2	1	1	1
		Máxima mayor de 160 y/o Mínima mayor de 100	4	4	2	3	2	1	2
	Antecedente de HTA durante el embarazo con TA actual normal		2	2	1	1	1	1	1
	Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar	Antecedentes	4	4	2	2	2	1	2
		Aguda	4	4	3	3	3	1	3
		Con tratamiento anticoagulante	4	4	2	2	2	1	2
	Cirugía mayor inmovilización prolongada		4[VIII]	4[VIII]	2	2	2	1	2
	Cirugía menor sin inmovilización		1	1	1	1	1	1	1
	Mutaciones trombogénicas conocidas (factor V de Laden, mutación del gen de la protrombina, deficiencia de proteína S, C, antitrombina, etc.)		4	4	2	2	2	1	2
	Cardiopatía isquémica o ACV (actuales o antecedentes)		4	4	I:2/C: 3	3	I:2 /C: 3	1	I: 2/C: 3
	Dislipidemia diagnosticada sin otro factor de riesgo cardiovascular [IX]		2	2	2	2	2	1	2

VII. Cuando una mujer tiene múltiples factores de riesgo importantes para enfermedad cardiovascular, el uso de anticonceptivos combinados hormonales puede incrementar ese riesgo a un nivel no aceptable. Si bien no se presenta una sumatoria simple de riesgos es necesario evaluar la situación singular de la persona. Sin embargo, la simple adición de categorías para múltiples factores de riesgo (por ejemplo, una combinación de 2 factores de riesgo asignados a una Categoría 2) puede no necesariamente garantizar una categoría más alta. Es necesaria una evaluación de cada situación singular.
VIII. Si se está programando una cirugía con inmovilización prolongada se sugiere suspensión de los anticonceptivos previo a la cirugía.
IX. No son necesarios los estudios de lípidos de rutina para el uso seguro de MAC.



Cuadro 5.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

			ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cobre	DIU LNG
3. ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS	Trastornos tiroideos	Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	1
		Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	1
	Diabetes	Sin enfermedad vascular y NO insulino dependiente	2	2	2	2	2	1	2
		Sin enfermedad vascular e insulino dependiente	2	2	2	2	2	1	2
		Neuropatía/ retinopatía/ nefropatía	3/4[X]	3/4[X]	2	3	2	1	2
		Otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evolución	3/4[X]	3/4[X]	2	3	2	1	2
4. TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	Epilepsia (ver interacciones medicamentosas)		1	1	1	1	1	1	1
	Cefaleas[XI]	No migrañosas	I:1/C:2	I:1/C:2	1	1	1	1	1
		Migraña sin aura en menores de 35 años	I:2/C:3	I:2/C:3	I:1/C:2	2	2	1	2
		Migraña sin aura en mayores de 35 años	I:3/C:4	I:3/C:4	I:1/C:2	2	2	1	2
		Migraña con aura	4	4	I:2/C:3	I:2/C:3	I:2/C:3	1	I : 2 / C: 3

X. La categoría depende de la severidad de la condición.
XI. Si la mujer desarrolla cefalea durante el uso de anticonceptivos, debe realizarse la correspondiente consejería de seguimiento y evaluación.

Cuadro 5.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

			ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cobre	DIU LNG
5. INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO	Miomas uterinos		1	1	1	1	1	1 /4 [XII]	1 / 4 [XII]
	Cánceres	Cáncer de mama	4 /3 [XIII]	4 /3 [XIII]	4 /3 [XIII]	4 /3 [XIII]	4 /3 [XIII]	1	4 /3 [XIII]
		Historia familiar de cáncer de mama	1	1	1	1	1	1	1
		Cáncer cervicouterino (Diagnosticado)	2	2	1	2	2	I: 4/ C: 2	I: 4/ C: 2
		Cáncer de ovario	1	1	1	1	1	I: 3/ C: 2	I: 3/ C: 2
	Neoplasia intraepitelial cervical		2 [XIV]	2	1	2 [XIV]	2	1	2 [XIV]
	Hemorragia genital inexplicada (antes de la evaluación)		2	2	2	3	3	I: 4/ C: 2	I: 4/ C: 2
	Enfermedad inflamatoria pélvica	Actual	1	1	1	1	1	I:4/C: 2 [XV]	I:4/C: 2 [XV]
		Pasada	1	1	1	1	1	1/2 [XVI]	1/2 [XVI]
	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Gonorrea y clamidiasis u otras formas de cervicitis purulenta	1	1	1	1	1	I: 4 C:2	I: 4 C:2
		Otras ITS y vaginitis	1	1	1	1	1	2	2
		Alto riesgo de ITS	1	1	1	1	1	I: 2/3 [XVII] C:2	I: 2/3 [XVII] C:2
		Infección por VIH estadio 1 o 2	1	1	1	1	1	2	2
		Infección por VIH estadio 3 o 4	1	1	1	1	1	I:3/C:2	I:3/C:2
6. ENFERMEDADES DEL HIGADO	Tumor hepático benigno	Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	2	1	2
		Adenoma hepatocelular	4	3	3	3	3	1	3
	Tumor hepático maligno		4	3/4	3	3	3	1	3
	Hepatitis viral	Hepatitis aguda o exacerbación	I:3 /4 [XVIII]/C2	I:3 / C:2	1	1	1	1	1
		Portadora de hepatitis viral o hepatitis crónica	1	1	1	1	1	1	1
	Cirrosis	Leve (compensada)	1	1	1	1	1	1	1
		Grave (descompensada)	4	3	3	3	3	1	3
	Antecedente de colestasis	Relacionada con el embarazo	2	2	1	1	1	1	1
		Relacionada con los anticonceptivos orales	3	2	2	2	2	1	2

XII. Si existe distorsión de la cavidad uterina es categoría 4.
XIII. Si es actual es categoría 4. Sin evidencia de enfermedad por un mínimo de 5 años es categoría 3.
XIV. En aquellas mujeres con infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), el uso prolongado de ACO o AMPD (≥ 5 años) puede aumentar el riesgo de carcinoma in situ y carcinoma invasivo. También existe una preocupación teórica de que el uso de DIU LNG pueda acelerar la progresión de la NIC. (OMS, 2015). Es por esta razón que la DSSyR plantea la necesidad de recomendar enfáticamente a las personas que usan estos métodos por períodos prolongados realizar controles de tamizaje (PAP o Test de VPH) para la prevención del cáncer de cuello uterino según las recomendaciones del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino.
XV. Si se diagnostica EPI durante el uso de DIU, no es necesario retirarlo para iniciar el tratamiento antibiótico. Se evaluará el retiro en función de la evolución de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento.
XVI. Si no ha tenido embarazos después del episodio de EPI, es categoría 2.
XVII. Evaluar cada caso en particular según las prácticas sexuales de la persona así como la prevalencia de las ITS a nivel local. En los casos en que se evalúe un alto riesgo de ITS para esa persona, es posible insertar el DIU luego del testeo y el tratamiento adecuado si fuera necesario.
XVIII. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.

Cuadro 5.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

			ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cobre	DIU LNG
7. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS	Antibióticos	Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	1
		Rifampicina o Rifabutina	3[XIX]	2	3[XIX]	1	2[XIX]	1	1
	Antifúngicos / antiparasitarios		1	1	1	1	1	1	1
	Anticonvulsivanes	Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos, Primidona, Topiramato	3[XIX]	2	3[XIX]	1	2[XIX]	1	1
		Lamotrigina	3[XX]	3	1	1	1	1	1
	Antiretrovirales***	Inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa	1	1	1	1	1	I: 2/3[XXI] C:2	I: 2/3[XXI] C:2
		Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa	1/2 [XIX]	1/2 [XIX]	1/2 [XIX]	1	1/2 [XIX]	I: 2/3[XXI] C:2	I: 2/3[XXI] C:2
		Inhibidores de la proteasa reforzado con Ritonavir	2 [XIX]	2 [XIX]	2 [XIX]	1	2[XIX]	I: 2/3[XXI] C:2	I: 2/3[XXI] C:2
		Inhibidores de la integrasa (Raltegravir)	1	1	1	1	1	I: 2/3[XXI] C:2	I: 2/3[XXI] C:2

CATEGORÍAS:
1: Puede usar el método en cualquier circunstancia. No hay restricciones.
2: Puede usar el método y eventualmente necesitar algún seguimiento.
3: Habitualmente no es recomendable el método, excepto que no se disponga de otros métodos más apropiados o aceptables.
4: NO debe usarse el método.

ABREVIATURAS:
ACO: Anticonceptivo combinado oral.
ACI: Anticonceptivo combinado inyectable (mensual).
AMPD: Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (anticonceptivo solo de progestágeno inyectable trimestral).
AOPS: Anticonceptivo oral de progestágeno solo (incluye Minipíldora y Desogestrel).
DIU Cu: Dispositivo intrauterino con cobre.
DIU LNG: Dispositivo intrauterino con levonorgestrel.

INICIO Y CONTINUACIÓN
I: Inicio del método
C: Continuación del método

*** Para información detallada sobre la conducta a adoptar en el uso de MAC con cada ARV, consultar Capítulo 16.
XIX. Estudios farmacocinéticos sugieren interacciones farmacológicas entre estos métodos anticonceptivos hormonales y estas drogas que pueden reducir la efectividad anticonceptiva. Debe tenerse en cuenta en el uso prolongado sumar preservativo o utilizar otro método.
XX. La recomendación es no utilizar anticonceptivos hormonales cuando la Lamotrigina es administrada con otras drogas inhibitorias o fuertemente inductoras del metabolismo como el Valproato de Sodio o la Carbamazepina.
XXI. VIH Estadío 1 o 2 de la OMS es Categoría 2 para inicio y continuidad. VIH Estadío 3 o 4 de la OMS es Categoría 3 para inicio y Categoría 2 para continuidad.

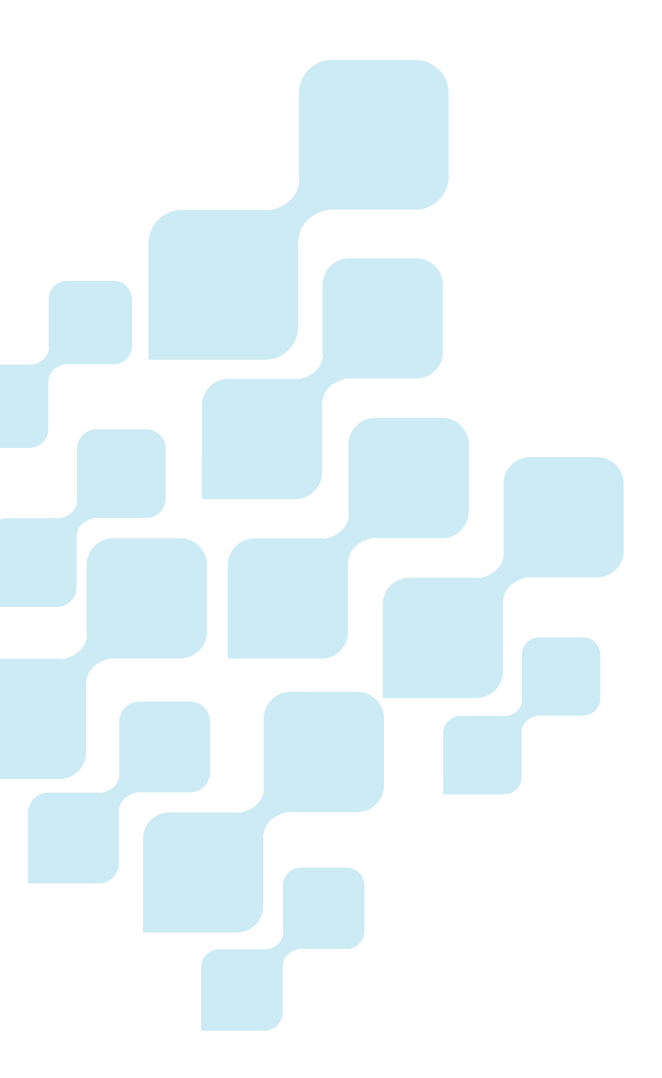


Capítulo 6
Métodos de barrera

Puntos clave

- ✓ Impiden el acceso de los espermatozoides al útero.
- ✓ Para una buena eficacia anticonceptiva requieren un uso correcto en cada acto sexual.
- ✓ Se necesita motivación para su uso consistente.
- ✓ Prácticamente no tienen contraindicaciones.
- ✓ Algunos son muy efectivos en la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

En la elaboración original de este capítulo colaboró: Silvana Vulcano, Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. En la actualización colaboraron: José Barletta, Sergio Martini, Nicolás Linares y Julia Recchi, de la Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC. Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación



INTRODUCCIÓN

Los métodos de barrera son aquellos métodos que por un mecanismo físico evitan la fecundación, al impedir el acceso de los espermatozoides al útero. Son métodos de barrera el preservativo peneano (conocido tradicionalmente como masculino), el preservativo vaginal (conocido tradicionalmente como femenino) y el diafragma.

Los preservativos, vaginal y peneano, además, protegen contra las infecciones de transmisión sexual.

Métodos de barrera:
1. Preservativo peneano
2. Preservativo vaginal
3. Diafragma vaginal

En este capítulo se explicarán, además, las características de los protectores bucales o campos de látex, por su relevancia en prevenir la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), si bien no son métodos anticonceptivos.

6.1. PRESERVATIVO PENEANO

Puntos clave

- ✓ Se conoce como: condón, forro o profiláctico.
- ✓ Protege tanto de un embarazo como de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH.
- ✓ Es el método con el que se facilita la “doble protección”, evita la transmisión de ITS cuando se utiliza conjuntamente con otro método anticonceptivo.
- ✓ Para sostener una buena eficacia anticonceptiva y preventiva de ITS, requiere del uso correcto en cada acto sexual.
- ✓ Requiere de alta motivación para su uso correcto y para sostener la adherencia.
- ✓ Es muy accesible y de bajo costo.
- ✓ No tiene efectos secundarios.
- ✓ Puede usarse luego del parto y durante la lactancia.
- ✓ No necesita prescripción médica. La entrega de preservativos puede realizarse dentro y fuera de efectores de salud y es sin registro. Deben estar visibles y a disposición para ser llevados por las personas que transitan por centros de salud y hospitales.







El preservativo peneano es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto, antes de la penetración, y que debe permanecer colocado durante toda la relación sexual.

Es el único método anticonceptivo (MAC) que también reduce la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Es el método anticonceptivo de uso más frecuente por su accesibilidad.

Prevención de ITS y VIH en la consejería:

• En el momento de conversación con las usuarias o los usuarios es posible combinar la información que se brinda sobre métodos anticonceptivos con la relativa al VIH y las ITS.

• Recordar que todas las personas sexualmente activas están potencialmente expuestas a la transmisión del VIH y otras ITS. Para prevenirlas, el uso del preservativo debe promoverse en todas las prácticas sexuales con posibilidad de transmisión, incluyendo las vaginales, anales y orales.

• A su vez, puede enfatizarse que todas las personas que mantienen relaciones sexuales se benefician del uso del preservativo por la seguridad que brinda, en la medida en que es bien utilizado.

PUNTOS RELEVANTES A TENER EN CUENTA EN LA CONSEJERÍA SOBRE EL USO DEL PRESERVATIVO:

a. No siempre es posible para las personas negociar con sus parejas la colocación del preservativo, ni incorporarlo con naturalidad en el juego sexual.
Esto constituye un desafío para el equipo de salud que trabaja en la consejería, donde se hace necesario ofrecer a los usuarios y a las usuarias herramientas que permitan la apropiación del uso del preservativo.
Para lograrlo, es necesario ir más allá de la mera recomendación, e incorporar la noción de posible conflicto con la pareja sexual en relación con su uso, alertar sobre la necesidad de "negociar" y brindar argumentos. Los espacios grupales o talleres facilitan esta tarea, porque a través del relato de experiencias de personas que han pasado por este tipo de situaciones se brindan argumentos al resto de los y las participantes, a la vez que esta construcción grupal puede facilitar el sentirse empoderada/o a la hora de sostener sus argumentos.

b. Brindar información sobre el uso correcto de lubricantes.
Procurar instancias de diálogo sobre las posibilidades del uso correcto de lubricantes de base acuosa que no disminuyen la eficacia anticonceptiva y preventiva del preservativo. Además de las prácticas de sexo anal, donde el uso del lubricante disminuye la posibilidad de lesiones y de rotura del preservativo; o en penetraciones vaginales con poca lubricación, por ejemplo durante la post menopausia, el uso de lubricantes mejora el grado de satisfacción en las relaciones sexuales, lo que aumenta la adherencia al uso del preservativo.

c. "Pareja estable" no es lo mismo que "sexo seguro".
Es necesario problematizar con las usuarias y los usuarios nociones tales como "pareja estable", "promiscuidad", "confianza", "es conocido/a", "no parece que...". Estas representaciones obstaculizan el ejercicio de prácticas de autocuidado en las relaciones sexuales, y colocan a las personas en situaciones de vulnerabilidad. Ser vulnerable en este sentido, significa tener poco o ningún control sobre la posibilidad de transmisión de VIH y otras ITS.



d. Puede enfatizarse el uso del preservativo asociado a otro método.
Entregar preservativos junto con el método anticonceptivo elegido por la persona y brindar información sobre su uso correcto para la prevención del VIH y otras ITS es un modo de promover la "doble protección".

e. Nunca debe darse por sentado que las personas conocen el uso correcto del preservativo.
Realizar en la consejería una demostración de uso correcto y proponer a la/os usuaria/os que ensayen en una maqueta.

En situaciones de diversidad funcional motora en que la condición dificulte la colocación del preservativo (por ejemplo: no tener brazos o manos, tener brazos más cortos, parálisis o movilidad reducida, o alguna otra condición) será fundamental buscar conjuntamente estrategias para lograrlo. Estas pueden incluir: el entrenamiento, la inclusión de la pareja sexual para la colocación del preservativo, la asistencia de otra persona, etc.

f. Es conveniente aprovechar la oportunidad para brindar información sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).
Presentar la AHE a las usuarias y usuarios como herramienta disponible para evitar un embarazo en caso de falla en el uso del preservativo o de no haberlo utilizado. Se recomienda entregarla en forma preventiva, para que la persona la tenga en su casa en caso de emergencia. También, debe informarse dónde y cómo obtenerla y entregar folletería informativa sobre AHE[1].

g. Las propias representaciones del equipo de salud influyen en a quién y cómo se recomiendan pautas de cuidado.
Es conveniente abordar en algún espacio grupal de trabajo interno las representaciones y prejuicios de los/as integrantes del equipo de salud en relación con "quién puede y quién no infectarse con el VIH" para evitar que esas representaciones obstaculicen el derecho de las personas a recibir información y atención de calidad. Puede ser de utilidad buscar una coordinación externa para realizar un taller para el equipo en este tema, a fin de reconocer los propios preconceptos en esta temática.

La consejería es un espacio privilegiado para conversar con las personas usuarias sobre el VIH y otras ITS, sobre temores y saberes en relación al cuidado. Favorecer el acceso al testeo con asesoramiento a quienes tienen voluntad de conocer su estado serológico mejora las posibilidades de ejercer prácticas de cuidado de manera activa y consciente.

6.1.1. Mecanismo de acción

El preservativo retiene el semen dentro de la funda de látex y así impide su ascenso por el tracto genital superior y la fecundación del óvulo. Evita además el contacto de la mucosa genital con las secreciones vaginales, rectales, el semen y el fluido preseminal.

6.1.2. Eficacia anticonceptiva

La eficacia del preservativo depende de que se use en forma correcta en cada acto sexual.
Con el uso correcto: si se usa de manera constante y correcta, las tasas de embarazo son bajas, 2 embarazos cada 100 mujeres por año.
Con el uso habitual: 18 embarazos por cada 100 mujeres por año.
Su efectividad para prevenir una infección de transmisión sexual ronda el 95% y como método anticonceptivo llega al 97%, cuando se usa correctamente.

6.1.3. Recuperación de la fertilidad

No afecta la fertilidad.

1. Ver Capítulo 9 Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).



6.1.4. Protección contra las ITS/VIH

Los preservativos proporcionan protección sumamente eficaz contra la infección por VIH y otras ITS.
El uso consistente de preservativo reduce en un 60 a 80% el riesgo de infección por chlamydia y gonococo. Ofrece menos protección contra el herpes, VPH, sífilis y otras ITS que pueden transmitirse a través del contacto cutáneo entre las partes del cuerpo no cubiertas por el preservativo. Es decir, no protege al escroto ni evita las infecciones producidas por epizoonosis (piojo púbico, escabiosis), las verrugas genitales o las lesiones por virus del papiloma humano fuera de la vagina o del cuello uterino.

6.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Todas las personas que mantienen relaciones sexuales pueden usar el preservativo. En situaciones de diversidad funcional motora en que la condición dificulte la colocación y retiro del preservativo será fundamental buscar conjuntamente estrategias para lograrlo.

En el único caso en que debe evitarse su uso es en personas con alergia al látex natural de caucho. Para ellas, en la actualidad, una opción posible son los preservativos de látex sintético o "libres de látex", o los preservativos vaginales que son de material sintético. En personas con disfunción eréctil, puede ser dificultoso el uso.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

Situaciones en las que no se recomienda el uso de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados (categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).
• Alergia al látex (esto no se aplica a los preservativos "libres de látex").
Este método no tiene contraindicaciones absolutas (categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).

6.1.6. Administración del método

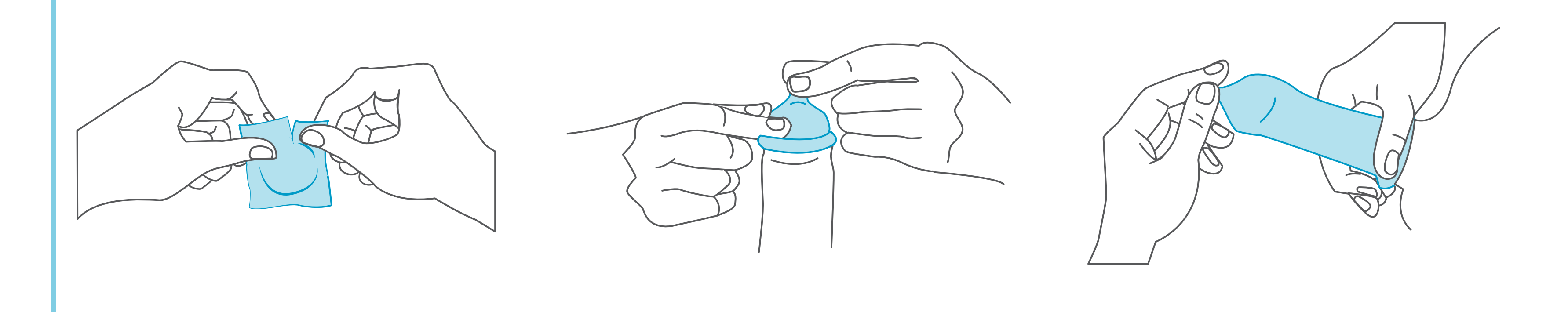
Al administrar el método, es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones para el equipo de salud:
- No es conveniente dar por sentado que las personas conocen el uso correcto del preservativo. Es necesario siempre hacer una demostración y ensayar en una maqueta la técnica correcta junto con la usuaria o el usuario, pidiéndole que explique lo observado como si se lo enseñara a otra persona.
- Entregar en la consulta preservativos y, si se dispone, lubricantes en base a agua o silicona. También hay que informar sobre los lugares en donde las/los usuarias/os pueden retirar o adquirir los preservativos.
- En cada consulta es importante incentivar su uso adecuado, dar oportunidad para hablar de los posibles problemas que esté teniendo en la negociación de su utilización.
- Los preservativos se alteran con el calor. Esto hay que tenerlo en cuenta tanto para el lugar de acopio de cajas de preservativos (que no deben estar al sol ni en lugares con alta temperatura) como para el guardado de cada preservativo por parte de las usuarias y usuarios.

6.1.6.1. Cómo utilizar el preservativo

Los preservativos peneanos más comunes están enrollados sobre sí mismos. Fueron diseñados para colocarse sobre la punta del glande y desenrollarse a lo largo del pene erecto hasta cubrirlo completamente.
Los pasos a seguir son:
1. Usar un preservativo nuevo en cada relación sexual.
2. Observar la fecha de vencimiento. Tratar de no usar uno que esté vencido, salvo que no se disponga de otro. En personas con discapacidad visual hay que considerar con ellas estrategias para chequear la fecha de vencimiento antes del uso.
3. Revisar el envase. No usar si está roto o dañado.
4. Abrir el envase con los dedos: evitar los dientes y objetos que puedan dañar el preservativo.
5. Verificar para qué lado se desenrolla antes de apoyar sobre el pene.



Figura 6.1. Pasos en la utilización de preservativos peneanos



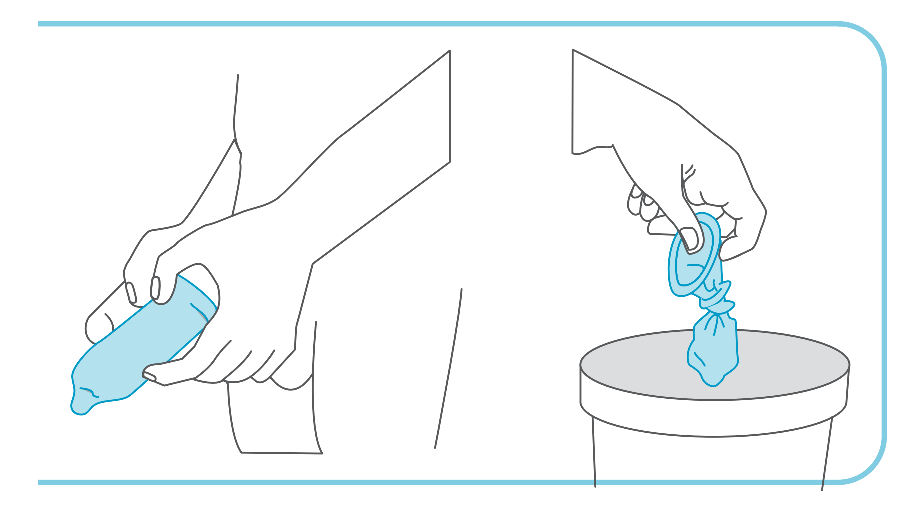
6. Antes de cualquier contacto físico con los genitales, ano o boca de la otra persona colocar el preservativo.
7. Colocarlo sobre el pene erecto, inmediatamente después de alcanzar la erección.
8. Al colocarlo, es importante apretar la punta para que no quede aire y se pueda contener ahí el semen eyaculado. Desenrollar bien el preservativo hasta la base del pene en erección.
9. Retirar el pene inmediatamente después de la eyaculación, cuando todavía está erecto. Sostener el preservativo por su base para que éste no se salga (el preservativo queda grande cuando se va perdiendo la erección), tratando de que no se derrame esperma.
10. Hacer un nudo al preservativo y estirarlo para corroborar que no se haya roto.
11. Los preservativos son desechables, no deben usarse nuevamente. Si se vuelve a tener relaciones sexuales o si se pasa de una práctica sexual penetrante a otra, por ejemplo, de sexo anal a vaginal, debe usarse un nuevo preservativo (con esto se evita transferir bacterias del ano a la vagina que pueden provocar infecciones).
12. Envolver el preservativo en un envase o papel y tirar en un tacho de basura o cesto. No arrojar al inodoro, ya que puede tapar la cañería.

6.1.6.2. Uso de lubricante

La lubricación ayuda a reducir el riesgo de rotura del preservativo y la molestia que puede producir el roce o raspado del preservativo. Existen diferentes formas de lubricar: secreción vaginal natural, agregar un lubricante externo, o usar preservativos con lubricante. También se puede usar agua limpia o saliva. En el mercado existen lubricantes de base acuosa, de glicerina o silicona.

> ***Deben evitarse los lubricantes oleosos ya que pueden dañar el látex y también disminuyen o anulan la eficacia anticonceptiva y preventiva del preservativo. No usar aceites, vaselina, lociones, cremas frías, manteca.***

Los lubricantes tienen que aplicarse por fuera del preservativo, en la vagina o en el ano. No hay que aplicarlos directamente sobre el pene, ya que pueden hacer que el preservativo se deslice y se salga.



Conversar sobre la sexualidad en la consulta con el equipo de salud puede ser un tema incómodo de trabajar, tanto para el/la usuario/a como para la/el profesional. En este caso, puede ser conveniente la derivación asistida a alguien del equipo con capacidad y posibilidad de trabajar esta temática, o llevar el tema a la reunión de equipo para buscar alternativas de intervención en próximas visitas.

El uso de lubricante es muy recomendable para el sexo anal, ya que esta mucosa no genera su propia lubricación. También es recomendable el uso luego de la menopausia, cuando hay aumento de la sequedad vaginal. O en otras situaciones en las que por cualquier motivo exista sequedad vaginal.

6.1.6.3. Dificultades en el uso del preservativo

Las dificultades pueden ser o no debidas al método:

- Los preservativos pueden afectar la satisfacción de las personas usuarias o sus parejas sexuales y esto puede influir negativamente en la adherencia al uso. Por este motivo conviene que el equipo de salud esté atento para escuchar, asesorar y brindar nuevas herramientas, como técnicas de colocación y uso de lubricantes, para sostener la adherencia a este método.

Cuando la dificultad está relacionada con la pérdida de la erección con el uso de preservativo, puede ser útil recomendar que la pareja sexual converse sobre esta dificultad y brindar diferentes alternativas de "juego" para erotizar el preservativo.

- Accidente con el preservativo por rotura, deslizamiento, etc. En promedio, menos del 2% de los preservativos se rompe o se sale por completo durante la relación sexual. Hay varias condiciones que pueden influir para que esto suceda:
- La rotura del preservativo suele estar asociada a malas condiciones de conservación, ya sea por estar vencido o expuesto a condiciones ambientales que pueden dañarlo (sol o calor), o a una mala técnica de colocación.
- El uso del lubricante equivocado, o en muy poca cantidad, en prácticas con baja lubricación natural puede facilitar la rotura. Su colocación en exceso, puede hacer que el preservativo se resbale y se salga.
- También es importante el momento en que se retira el preservativo del pene: si se espera demasiado, cuando la erección ya ha comenzado a ceder, puede aumentar la posibilidad de que se salga.
- Usar más de un preservativo a la vez (colocarse dos juntos) predispondría a mayor riesgo de rotura por la fricción que se genera entre ambos. Esta práctica debe desaconsejarse ya que no aumentaría la seguridad del método.
- El uso de antimicóticos (miconazol o econazol) por vía vaginal también puede dañar el preservativo de látex. Si se está recibiendo este tratamiento, recomendar el uso de otro método anticonceptivo o la abstención de coito vaginal durante el tratamiento.



DIFICULTADES PARA NEGOCIAR EL USO DEL PRESERVATIVO

El uso del preservativo requiere de la cooperación de las/os integrantes de la relación sexual. Propiciar la comunicación entre las partes puede mejorar las probabilidades de que lo usen.
Las personas que hablan con sus parejas acerca del uso del preservativo antes de comenzar a tener relaciones sexuales pueden mejorar las probabilidades de que se utilice durante el encuentro sexual.
Se puede aprovechar la consulta para analizar las diferentes formas en que la persona puede hablar del preservativo y la doble protección con sus parejas sexuales. Se puede invitar a que vuelvan juntos a la consulta.

6.1.7. ¿Cómo proceder en caso de rotura o uso inadecuado?

Es importante tener en cuenta que la rotura reiterada, no uso o uso inadecuado pueden ser indicadores de violencia sexual o bien de desconocimiento en el uso correcto. En todos estos casos es necesario contemplar:

1. Si la mujer, o persona con capacidad de gestar, no está recibiendo otro anticonceptivo, que tome anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) cuanto antes. Recordar que la efectividad de la AHE es mayor cuanto más cerca se tome de la relación sexual.[2]

2. Contemplar el uso de Profilaxis Post Exposición para VIH (PEP), y la profilaxis para otras ITS.

El factor tiempo es central: la efectividad de la anticoncepción de emergencia y la PEP disminuye significativamente con el tiempo transcurrido desde el evento. El uso de PEP no está indicado luego de las 72 horas de la exposición.

En caso de consultas por rotura o no uso de preservativo, se sugiere ofrecer en forma rutinaria el testeo basal para VIH (previo consentimiento informado) y otras ITS (incluyendo sífilis, hepatitis B, hepatitis C), además del test de embarazo.

La comunicación fluida entre los miembros de la pareja sexual, y que ambos tengan información sobre la AHE y la prevención de ITS y VIH, contribuye a tener pautas de cuidado más efectivas, y a tomar mejores decisiones en el caso de que el preservativo se rompa o salga.

Es conveniente reforzar la información con que cuentan las personas usuarias para garantizar el buen estado de los preservativos, repasar la técnica de colocación y, en caso de que usen lubricantes, también su uso correcto. Volver a hacer una demostración práctica para facilitar la comprensión y pedirle a la persona que lo haga, a modo de detectar posibles errores y corregirlos.

En el caso de personas con múltiples exposiciones (roturas o accidentes frecuentes) tomarse el tiempo para realizar un nuevo asesoramiento o consejería.

6.1.7.1. Profilaxis Post Exposición para VIH (PEP)[3]

La PEP es una herramienta de prevención que consiste en el uso de antirretrovirales para reducir el riesgo de infección luego de una situación de exposición potencial al virus. La PEP tiene típicamente una duración de 28 días y consiste en una combinación de 3 drogas antirretrovirales.

Está recomendada si el material biológico involucrado y el tipo de exposición implican riesgo de transmisión del VIH (ver Cuadro 6.1), si el tiempo transcurrido es menor a 72 horas y si la persona tiene un test no reactivo para VIH.

2. Ver Capítulo 9 Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).
3. Guía de recomendaciones para equipos de salud sobre el uso de Profilaxis Post-Exposición para el VIH. Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Cuadro 6.1. Materiales biológicos y tipos de exposición con posibilidad de transmisión de VIH.

Tipo de material de acuerdo a su capacidad de transmitir el VIH		Tipo de exposición de acuerdo a la posibilidad de transmisión de VIH	
Materiales CON capacidad de transmisión del VIH	Materiales SIN capacidad de transmisión del VIH	Exposiciones CON riesgo de transmisión del VIH	Exposiciones SIN riesgo de transmisión del VIH
• Sangre. • Semen y fluido preseminal. • Fluidos vaginales/ rectales. • Leche humana. • Cualquier otro fluido corporal visiblemente sanguinolento.	• Saliva. • Secreciones respiratorias. • Vómito. • Lágrimas. • Sudor. • Orina. • Materia fecal.	• Percutánea • Mucosas (anal, vaginal, oral, ocular, etc.). • Cutáneas en piel no intacta. • Mordeduras con presencia de sangre de la persona fuente.	• Cutáneas sobre piel intacta. • Mordeduras sin presencia de sangre.

En exposiciones por vía sexual, la indicación de PEP debe ser independiente del carácter consentido o no de la relación sexual, o de si la exposición se produjo por rotura o por no uso del preservativo.

Conocer, cuando sea posible, la serología para VIH de la persona fuente facilita la evaluación de la indicación de PEP, pero no constituye un requisito para su indicación.
En ningún caso debe esperarse el resultado de las pruebas de laboratorio ni serologías basales de la persona expuesta para el inicio de PEP cuando esté indicada.

Indetectable = Intransmisible (I=I) significa que no existe riesgo efectivo de transmisión del VIH por vía sexual de personas que reciben tratamiento antirretroviral (TARV) y mantienen una carga viral no detectable en forma sostenida. En este sentido, no se recomienda el uso de PEP en exposiciones por vía sexual en casos en los que la persona fuente reciba TARV efectivo y tenga documentada la supresión virológica sostenida. En exposiciones por vía sexual, se recomienda el uso de PEP si la persona fuente no recibe TARV efectivo, tiene una carga viral detectable y/o existieran dudas fundadas sobre su adherencia al TARV.

La PEP no tiene efectividad y no está indicada si transcurrieron más de 72 horas luego de la exposición.

Cuando la PEP esté indicada, se recomienda el uso de Tenofovir DF/Emtricitabina o Tenofovir DF/Lamivudina 1 comprimido cada 24 horas asociado a (en orden de preferencia) Dolutegravir 50 mg cada 24 horas o Darunavir/ritonavir 800/100 mg cada 24 horas. A diferencia de otras combinaciones que se utilizaban previamente, los esquemas actualmente recomendados tienen gran efectividad y tolerabilidad y una muy baja tasa de discontinuación por eventos adversos.

En todos los casos en los que la PEP esté indicada se recomienda la realización de una rutina de laboratorio (incluyendo hepatograma y función renal) y el testeo basal de VIH (previo consentimiento informado) y otras ITS (incluyendo sífilis, hepatitis A, hepatitis B y C) además del testeo de embarazo.

La PEP es una medida efectiva y segura para reducir el riesgo de infección por VIH y no hay motivo para restringir su prescripción en personas que la soliciten con frecuencia. En personas con exposiciones repetidas, sin embargo, se sugiere una valoración integral, respetuosa de la autonomía y con una perspectiva de prevención que permita acordar con la persona usuaria las medidas más apropiadas, incluyendo -entre otras intervenciones- el uso de Profilaxis Pre-Exposición para el VIH cuando estuviera disponible.

Para mayor información, conocimiento sobre el algoritmo de seguimiento recomendado en personas que reciben PEP y sobre el uso de PEP en otros escenarios (por ejemplo accidentes cortopunzantes, personas con enfermedad renal, etc.), se recomienda consultar la Guía de recomendaciones para equipos de salud sobre el uso de Profilaxis Post-Exposición para el VIH, de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

6.1.8. Efectos secundarios

Un número reducido de personas presenta efectos secundarios al uso del preservativo peneano. Los más frecuentes pueden ser:

- **Leve irritación vaginal, peneana o en la zona durante o luego del uso del preservativo:** en esto casos, descartar la presencia de una infección o ITS que requiera tratamiento en ambos miembros de la pareja sexual. Recomendar cambiar a otra marca de preservativos y usar lubricantes, agua limpia o saliva para reducir el rozamiento causante de la irritación. Si no existe infección, pero la irritación continúa o se repite, evaluar posible alergia al látex. Evaluar el uso de otro método anticonceptivo y sugerir preservativos libres de látex si existiera riesgo de contraer VIH y otras ITS.

- **Reacción alérgica severa al preservativo:** la alergia al látex no es frecuente en la población. Los informes de reacciones alérgicas leves son raros, y los casos severos extremadamente raros. Las personas que presentan reacciones alérgicas a los guantes de goma o a los globos pueden tener una reacción similar ante los preservativos de látex. Si el preservativo contiene espermicida, también éste puede ser la causa de la alergia. Los síntomas pueden ser urticaria o erupción en gran parte del cuerpo del pene, mareos, dificultad para respirar, pérdida de conciencia durante o después del uso del preservativo. En estos casos suspender el uso de preservativos de látex. Evaluar la derivación para estudio y tratamiento. La reacción alérgica puede llevar a un shock anafiláctico con riesgo de vida. Evaluar el uso de otro método y sugerir preservativos libres de látex.



Acceso al preservativo
Puntos importantes a tener en cuenta por el equipo de salud:

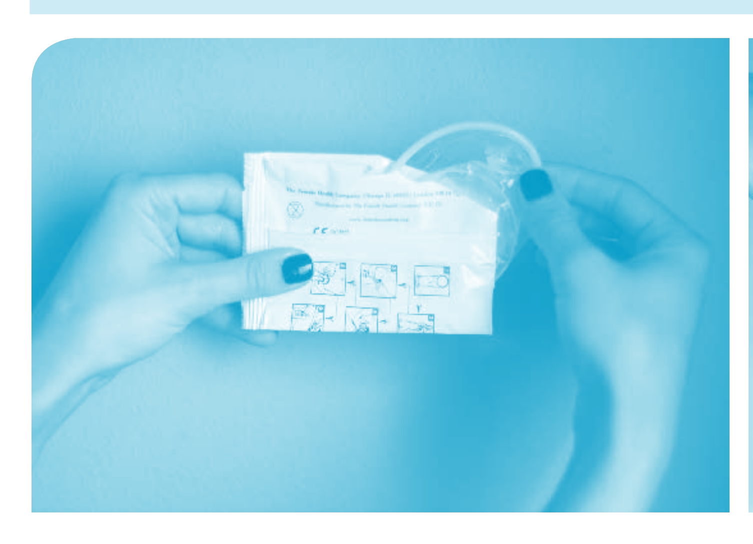
- Los preservativos y geles lubricantes deben entregarse a quien los solicite, sin distinción de edad, sexo, nacionalidad, ni ninguna otra condición.
- La entrega de preservativos es gratuita en hospitales y centros de salud del sistema público.
- No requieren receta para su entrega.
- No debe solicitarse DNI ni otra identificación.
- No se requiere consentimiento de los padres o tutores para la provisión de preservativos a niñas, niños y adolescentes.
- Deben entregarse varias unidades a cada persona, o puede colocarse un dispenser para que la población los retire libremente, sin restricción de cantidad.
- Junto a los preservativos puede entregarse AHE, para que la persona la tenga en el botiquín de su hogar ante cualquier urgencia.



6.2. PRESERVATIVO VAGINAL

Puntos clave

- ✓ Protege contra VIH y otras ITS pero sólo en prácticas de sexo vaginal.
- ✓ Es un método controlado por la mujer (y en general toda persona con vagina).
- ✓ Es de un solo uso, y en cada relación sexual.
- ✓ No interrumpe la espontaneidad en la relación sexual porque puede colocarse previamente a la relación.
- ✓ No requiere prescripción médica.
- ✓ No es de látex. Puede utilizarse con cualquier tipo de lubricante.
- ✓ Puede requerir alguna práctica para su uso correcto. Al adquirir experiencia se hace más fácil introducir y retirar el preservativo de la vagina.
- ✓ Actualmente no está disponible en la Argentina.
- ✓ Es de mayor costo que el preservativo peneano.







El **preservativo vaginal** es una funda de poliuretano, de forma tubular, que presenta un anillo o aro flexible en cada extremo. En un extremo el anillo es cerrado, lo que ayuda a la inserción del preservativo en el fondo de la vagina. En el otro extremo, el anillo es abierto y más grande, lo cual ayuda a mantener el preservativo fuera de la vagina. Viene lubricado. Algunas mujeres refieren que el anillo externo brinda una estimulación sexual adicional, y por su textura suave y húmeda, brindaría una sensibilidad más natural que el preservativo peneano de látex durante la relación sexual. No es ajustado ni aprieta. No disminuye la sensibilidad.

6.2.1. Mecanismo de acción

Reviste la pared de la vagina, cuello uterino y vulva, evitando el contacto directo con el pene y con los espermatozoides.

6.2.2. Eficacia anticonceptiva

La eficacia del preservativo vaginal depende de su uso en forma correcta.
Con el uso correcto: con el uso constante y correcto, las tasas de embarazo son de 5 embarazos por cada 100 mujeres por año.

Con el uso habitual: 21 embarazos por cada 100 mujeres por año.

6.2.3. Recuperación de la fertilidad

No afecta la fertilidad.

6.2.4. Protección contra las ITS/VIH

El preservativo vaginal es una protección efectiva contra VIH y otras ITS.

6.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Puede ser utilizado por todas las personas con vagina, en cualquier momento de la vida, incluso por las personas alérgicas al látex. No tiene contraindicaciones.

6.2.6. Administración del método

6.2.6.1. Cómo utilizar el preservativo vaginal

Los preservativos vaginales no son difíciles de usar, pero hay que aprender a hacerlo correctamente. Al adquirir experiencia se hace más fácil introducirlo y retirarlo de la vagina. Cuando sea posible, mostrar a la persona usuaria cómo introducir el preservativo en la vagina.

Es una funda de poliuretano, de forma tubular, que presenta un anillo en cada extremo. El de mayor dimensión (es abierto) es el que se coloca sobre la vulva, el de menor tamaño (es cerrado) va en el fondo vaginal.

En situaciones de diversidad funcional motora (por ejemplo: no tener brazos o manos, tener brazos más cortos, parálisis o movilidad reducida, o alguna otra condición) puede ser un método de difícil utilización. Si aún la persona elige este método, será fundamental buscar conjuntamente estrategias para posibilitar su uso.

Puede colocarse más temprano, de modo que no interrumpe el momento del encuentro, y no es preciso retirarlo inmediatamente después de la eyaculación.

Los pasos a seguir son:

1. Usar un preservativo nuevo en cada relación sexual.

2. Observar la fecha de vencimiento. Tratar de no usar uno que esté vencido, salvo que no se disponga de otro.



3. Revisar el envase. No usar si está roto o dañado.

4. De ser posible, lavarse las manos con agua limpia y jabón antes de colocar el preservativo.

5. Abrir el envase con los dedos: evitar los dientes y cosas que puedan dañar el preservativo.

6. Colocar el preservativo antes del inicio del "juego sexual". Puede colocarse hasta 8 horas antes del encuentro.

7. Elegir una posición que sea cómoda para la inserción: en cuclillas, levantando una pierna, sentada o acostada.

8. Frotar juntos los lados del preservativo para distribuir bien el lubricante.

9. Sostener el aro del extremo cerrado y apretarlo, de manera que quede largo y angosto.

10. Con la otra mano separar los labios mayores y ubicar la vagina.

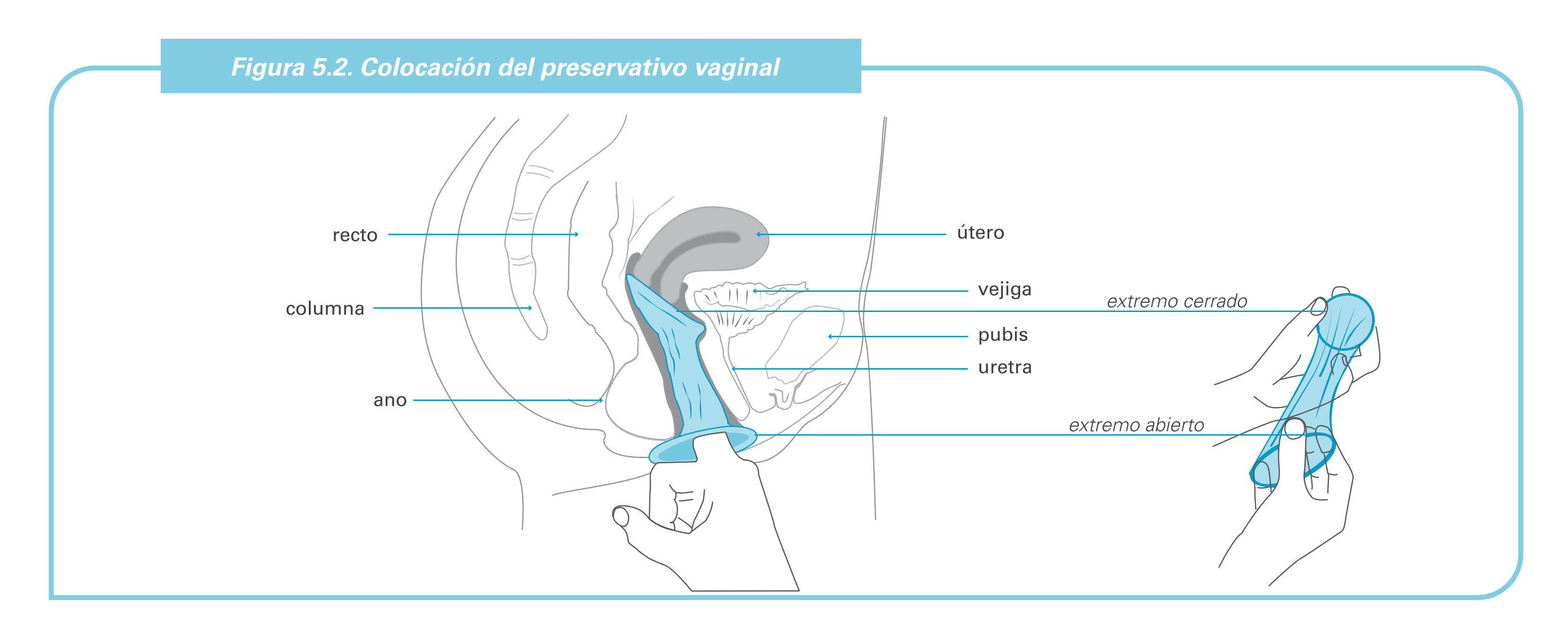
11. Suavemente, empujar el aro interno dentro de la vagina lo más que se pueda. Introducir el dedo en el preservativo para empujarlo a su posición. Tienen que quedar entre 2 y 3 cm del preservativo y el aro externo fuera de la vagina.

12. Al mantener relaciones sexuales, hay que asegurarse que el pene entre en el preservativo y se mantenga en su interior.

13. Si accidentalmente se expulsa el preservativo fuera de la vagina o si se empuja hacia adentro, colocarlo otra vez en su sitio.

14. Para retirarlo, sostener el aro externo del preservativo, girarlo para sellar dentro los fluidos y, suavemente, retirarlo de la vagina.

Figura 5.2. Colocación del preservativo vaginal



15. No es necesario retirarlo inmediatamente después de la relación sexual. Retirarlo antes de incorporarse para no derramar los fluidos.

16. No se recomienda reutilizar los preservativos.

17. Envolver el preservativo en un envase o papel y tirar en un tacho de basura o cesto. No arrojar al inodoro ya que puede tapar la cañería.

6.2.6.2. Dificultades en el uso del preservativo vaginal

Existen tres tipos de dificultades posibles:

• **Dificultad para la colocación:** en este caso repreguntar a la persona cómo lo está colocando para valorar posibles errores y corregirlos.

• **El preservativo se resbala:** puede haber un error en la técnica de colocación, y no estar bien inserto hasta alrededor del cuello. Repasar la técnica de colocación.

• **Prestar atención a que la penetración se realice dentro del preservativo:** puede ocurrir que se corra el aro externo y el pene penetre entre el preservativo y la vagina.
Al igual que con el uso del preservativo peneano, cuando hay fallas en el uso, se recomienda la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE). Para la prevención de VIH e ITS, ver Profilaxis Post Exposición para VIH (PEP): ver apartado 6.1.7.1.

El preservativo vaginal y el preservativo peneano no deben utilizarse juntos, ya que puede producirse fricción generando mayor riesgo de que se salgan o se rompan.

6.3. DIAFRAGMA VAGINAL

Puntos clave

- ✓ Se usa en cada relación sexual.
- ✓ No provoca efectos secundarios sistémicos.
- ✓ Puede ser controlado por la mujer, y en general toda persona con vagina, al ser colocado antes del “juego sexual”.
- ✓ No interrumpe la relación sexual.
- ✓ Hay que tomar la medida para su selección adecuada y requiere adiestramiento para una correcta colocación.
- ✓ Es necesaria una motivación para su uso eficaz.
- ✓ Su uso debe combinarse con cremas o geles espermicidas.
- ✓ No es descartable (se usa siempre el mismo diafragma).
- ✓ En personas con diversidad funcional motora puede ser dificultoso su uso.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS.







El diafragma vaginal consiste en un aro de goma, cubierto por una membrana del mismo material, que se adapta a la cúpula vaginal, entre el fondo del saco posterior y la sínfisis pubiana, cubriendo el cuello uterino y obstruyendo el orificio externo del mismo.

Viene en diferentes tamaños y una/un profesional de la salud con entrenamiento debe medir cuál es el que se ajusta a cada persona. Se utiliza con gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia.

6.3.1. Mecanismo de acción

Actúa impidiendo la entrada de esperma al cuello uterino. A su vez, el espermicida mata o inutiliza a los espermatozoides. Ambos impiden que los espermatozoides entren en contacto con el óvulo.

6.3.2. Eficacia anticonceptiva

Con el uso correcto: 6 embarazos por cada 100 mujeres por año.
Con el uso habitual: 12 embarazos por cada 100 mujeres por año

6.3.3. Recuperación de la fertilidad

No afecta la fertilidad.

6.3.4. Protección contra las ITS/VIH

El diafragma no protege contra el VIH y otras ITS.

6.3.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Puede ser utilizado por casi todas las personas con capacidad de gestar en cualquier momento de la vida.

No deben utilizarlo aquellas personas con alteraciones anatómicas que impidan su colocación.
Luego de un parto o un aborto en el segundo o tercer trimestre, el diafragma podrá usarse pasadas 6 semanas del evento. Debe reevaluarse previamente la medida, ya que puede haber variado.
Las personas alérgicas al látex no deben usar los diafragmas de látex.

En personas con diversidad funcional motora, (por ejemplo: no tener brazos o manos, tener brazos más cortos, parálisis o movilidad reducida, o alguna otra condición), puede ser dificultosa su colocación. Será necesario evaluar con la persona usuaria.

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método, a menos que no se disponga de otros más apropiados o no sean aceptados** *(categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):*

- Historia de síndrome de shock tóxico.
- Infección por VIH[4].
- Alergia al látex (esto no se aplica a diafragmas de plástico).

Situaciones en las que el uso de diafragma (con espermicida) está *contraindicado* *(categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).*

- Alto riesgo de infección por VIH, debido al uso conjunto con el espermicida[4].

4. El uso repetido y en altas dosis del espermicida nonoxinol-9 está asociado con un incremento de riesgo de lesiones genitales, que aumentan el riesgo de infección por VIH.



6.3.6. Administración del método

6.3.6.1. Cómo utilizar el diafragma

1. Medición por una/un profesional de salud entrenada/o.
Para medir el diafragma que necesita la usuaria, existen aros reesterilizables, de distintos diámetros, que la/el profesional coloca en la vagina. Luego le pide que se levante y camine, para finalmente efectuar un tacto vaginal que verifique que el anillo no se ha movido de su lugar; es decir, que permanece sostenido entre el fondo de saco posterior y la sínfisis pubiana.
Con el diafragma adecuadamente ajustado en su lugar, la persona usuaria no debería sentir nada dentro de su vagina, ni siquiera mientras camina o durante la relación sexual.

2. Colocación del diafragma por parte de la usuaria.
Introducir el diafragma menos de 6 horas antes de tener relaciones sexuales y retirarlo por lo menos 6 horas después, pero no más de 24 horas.

Los pasos a seguir son:
1. Es recomendable lavarse las manos con agua y jabón neutro.

2. Revisar indemnidad del diafragma y fecha de vencimiento.

3. Para colocarse correctamente el diafragma, es conveniente recostarse o levantar una pierna y apoyarla sobre una silla.

4. Untar espermicida en crema o gel sobre el borde del anillo, en el centro, por su cara superior e inferior, de ambos lados.

5. Tomar el diafragma entre los dedos índice y pulgar de la mano hábil. Con la otra mano, se entreabren los labios de la vulva y se introduce el diafragma profundamente, dirigiéndolo hacia la pared posterior de la vagina.

6. Verificar con un dedo que el borde anterior esté correctamente colocado, por encima de la sínfisis pubiana, y que el cuello uterino esté cubierto por el diafragma.

7. Si la relación sexual ocurre luego de una hora de haberse colocado el gel espermicida, deberá agregarse una dosis extra, así como si se mantiene una nueva relación sexual.

8. El diafragma no debe retirarse antes de las 6 u 8 horas post coito. Para ello, debe introducirse el dedo índice en la vagina hasta tocar la porción anterior del anillo, y traccionar suavemente. Si se retira antes de tiempo, debería recurrirse a la anticoncepción de emergencia (AHE).

9. Lavar el diafragma con agua y jabón neutro (el jabón blanco de lavar la ropa), secarlo bien, sin refregar, y guardarlo en su envase original con polvo de fécula de maíz; no usar talcos.

10. Periódicamente, mirarlo detenidamente con luz potente, para asegurarse que no presenta fisuras ni orificios. Tener cuidado de no rasgarlo con las uñas.

Cuanta más práctica tenga la persona usuaria en colocarse y quitarse el diafragma, más fácil será el uso del método.

6.3.7. Efectos secundarios

• En personas con predisposición, puede producir infecciones urinarias.

• Los espermicidas o el látex pueden provocar reacciones alérgicas.

• El uso frecuente de espermicidas (nonoxinol-9) puede incrementar el riesgo de lesiones genitales, lo que a su vez, puede aumentar las posibilidades de transmisión de VIH.

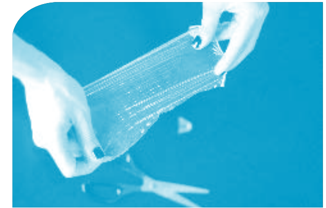


6.4. CAMPO DE LÁTEX

Puntos clave

- ✓ Son también conocidos como “protectores bucales” o “barrera de látex”.
- ✓ No son métodos anticonceptivos.
- ✓ Se usan para la práctica de sexo oral, vaginal o anal como protección contra el VIH y otras ITS.
- ✓ No requieren prescripción médica.
- ✓ Pueden ser usados por todas las personas.









El campo de látex se coloca entre la boca y la zona genital o anal con el fin de disminuir la transmisión de VIH y otras ITS durante el sexo oral. Aunque no son métodos anticonceptivos, se exponen aquí por su acción preventiva y el poco conocimiento que existe sobre su uso. Se recomienda su uso en el sexo oral, tanto en el contacto boca-ano, boca-vulva o vagina.

Siempre que exista penetración anal o vaginal sin preservativo o sexo oral sin protección, existe la posibilidad de transmisión de VIH y otras ITS.

La posibilidad de transmisión del VIH por vía sexual es menor para prácticas orales que para relaciones anales o vaginales sin preservativo. Sin embargo, el sexo oral puede ser una forma de transmisión, especialmente si hay posibilidad de contacto con sangre (por ejemplo, durante la menstruación).

6.4.1. Mecanismo de acción

Actúan de barrera entre la boca de una de las personas y el ano, la vulva o la vagina de la otra persona.

6.4.2. Presentación

• Se pueden fabricar barreras bucales de látex cortando preservativos peneanos en sus extremos y luego en forma longitudinal. Además de ser más accesibles, tienen un grosor que no interfiere tanto con la sensibilidad.

• Se puede usar poliuretano transparente (el film para envolver alimentos) que es un producto común de la cocina. Ha demostrado prevenir el paso del VIH y se recomienda como una barrera para el sexo oral, tanto en el contacto boca-ano como boca-vulva-vagina.

• Los protectores bucales odontológicos, también llamados campos de látex o barreras bucales, son rectángulos hechos de látex, originalmente diseñados para proteger la cavidad dental. Estos campos tienen un grosor mayor de látex que el de los preservativos peneano o vaginal, y pueden utilizarse en el sexo oral.

6.4.3. Protección contra el VIH y otras ITS

Similar a la de los preservativos.

6.4.4. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Puede ser utilizado por todas las personas, en cualquier momento de la vida. Si la persona tiene alguna discapacidad motora evaluar estrategias para hacer posible su uso.

6.4.5. Cómo utilizar el campo de látex

Se coloca entre los labios y lengua de una persona y la zona a ser estimulada de la otra (clítoris, labios y vagina, región perineal, ano).

6.4.6. Efectos secundarios

No tienen ninguno, excepto en usuarias/os alérgicos al látex (ver preservativos peneanos).

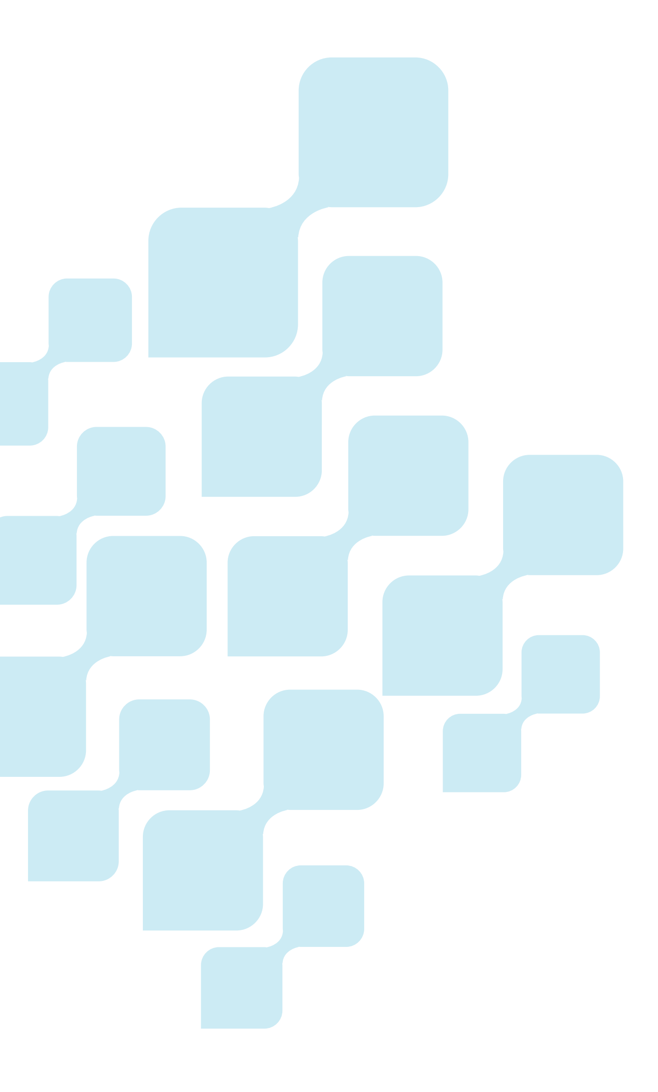


Capítulo 7

Métodos hormonales combinados

Puntos clave

- ✓ Están compuestos por derivados de hormonas: estrógeno y progesterona.
- ✓ Son altamente eficaces en la prevención de un embarazo.
- ✓ Son reversibles, es decir, se recupera la fertilidad en forma inmediata cuando se suspenden.
- ✓ La OMS recomienda realizar una historia clínica y tomar la tensión arterial (TA) antes de iniciar su uso. No es necesario ningún estudio adicional de rutina.
- ✓ Disminuyen el sangrado y el dolor asociado al mismo.
- ✓ No protegen contra el VIH ni otras ITS.
- ✓ Están contraindicados ante riesgo elevado de tromboflebitis y/o tromboembolias en personas con inmovilidad prolongada.
- ✓ Se recomienda una consulta anual de seguimiento, que incluya control de la TA, después de comenzar a usar alguno de los métodos combinados.



INTRODUCCIÓN

Los anticonceptivos hormonales, desarrollados en la década de 1960, son los métodos anticonceptivos (MAC) modernos más utilizados en todo el mundo. Están compuestos por derivados de hormonas: estrógeno y progesterona. Existe una gran variedad de anticonceptivos combinados que presentan diferentes combinaciones y concentraciones de los derivados de estas dos hormonas. Su mecanismo de acción consiste en inhibir el eje hormonal de las personas con capacidad de gestar de tal manera que no se produzca la ovulación.

La anovulación se logra a partir de una fuerte inhibición de la hormona folículoestimulante (FSH) ejercida por el estrógeno exógeno y, por otro lado, una inhibición del pico de la hormona luteinizante (LH) ejercida por el componente progestacional del anticonceptivo[1]. Esto genera, a su vez, una inhibición del desarrollo folicular, de la ovulación y de la formación del cuerpo lúteo. Cuando se toman anticonceptivos, los folículos comienzan a desarrollarse, pero se detienen y se atresian[2]. Los anticonceptivos combinados no permiten "ahorrar" óvulos ni tampoco aumentan la fertilidad luego de suspenderlos.

El componente estrogénico permite tener sangrados más regulares durante la semana en que no se ingiere el anticonceptivo, semana de no toma.

Clasificación según vía de administración:
1. Orales: Anticonceptivos Combinados Orales (ACO)
2. Inyectables de aplicación mensual: Anticonceptivos Combinados Inyectables (ACI)
3. Parches transdérmicos
4. Anillos vaginales (AVC)

1. Ver figura 3.3. Ciclo menstrual, en el Capítulo 3. Anatomía y fisiología de los órganos genitales.
2. Ver Capítulo 3. Anatomía y fisiología de los órganos genitales.



7.1. ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS ORALES (ACO)

Puntos clave

- ✓ Método anticonceptivo hormonal de administración oral, de toma diaria, altamente eficaz.
- ✓ La efectividad aumenta con la toma correcta de las pastillas.
- ✓ Es habitual que al comienzo se observen irregularidades en el sangrado que no son perjudiciales.
- ✓ Las presentaciones de ACO disponibles actualmente usan derivados del estrógeno y progesterona a bajas dosis.
- ✓ En la consulta pueden entregarse blísteres de ACO para varios meses de manera segura[3].
- ✓ Se recomienda una consulta anual de seguimiento, que incluya control de la tensión arterial, después de comenzar a usar este método.



3. Para ampliar la información sobre formas para disminuir las barreras de acceso a los MAC, ver el Capítulo 17. Procedimientos para garantizar el acceso de la población a los insumos anticonceptivos.

Existen muchas presentaciones de anticonceptivos combinados orales (ACO) que varían según la combinación de los derivados del estrógeno y la progesterona y/o en la concentración usada de estos derivados.

Los estrógenos utilizados son:
• Etinilestradiol (EE): se encuentra en la mayoría de las formulaciones existentes.

• Valerato de estradiol (VE): apareció en el mercado argentino en 2010 en presentación vía oral.

• 17beta Estradiol

Asociados a alguno de los siguientes gestágenos:
• Acetato de Ciproterona

• Norgestrel - Levonorgestrel

• Desogestrel – Norgestimato - Gestodeno

• Drospirenona

• Dienogest

• Acetato de Nomegestrol

En la actualidad se utilizan los anticonceptivos denominados de baja dosis, con concentraciones de etinilestradiol (EE) de 35, 30, 20 o 15 microgramos (μg). El valerato de estradiol se utiliza en dosis de 2 mg. Y el 17beta Estradiol en dosis de 1,5 mg.

De acuerdo a las dosis de hormonas que contienen los comprimidos en un ciclo de uso los ACO pueden ser:

Combinados monofásicos: todos los comprimidos tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos (de allí la denominación de monofásicos).

Combinados trifásicos: la dosis de estrógeno y progestágeno no es la misma en todos los comprimidos, sino que tienen tres (3) combinaciones diferentes, que se identifican por los distintos colores de los comprimidos. La dosis del estrógeno es similar en todos los comprimidos o aumenta levemente en la mitad del ciclo, mientras que la del gestágeno aumenta en forma progresiva y es sensiblemente más elevada en los últimos 7 comprimidos.

Combinado cuatrifásico o multifásico: las dosis de estrógenos son decrecientes y las del progestágeno son crecientes.

En este capítulo se presentan los ACO monofásicos, debido a que son los utilizados con mayor frecuencia. De todos modos, la información general se aplica a los tres tipos mencionados, a excepción principalmente del modo de presentación y la conducta frente a los olvidos[4].

Los ACO se presentan en:
• *Blíster o envase con 21 comprimidos activos* (todos con hormonas).
• *Blíster o envase con 28 comprimidos, en dos opciones:* 21 comprimidos activos + 7 inactivos o sin hormonas; o 24 comprimidos activos + 4 inactivos.

7.1.1. Mecanismo de acción

El mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. Para mantener la inhibición del eje hormonal e impedir de esta manera la ovulación, es clave la toma correcta de los ACO. Este efecto se logra recién luego de siete días de toma correcta de los anticonceptivos.

4. En caso de presentarse una persona que toma ACO trifásicos o multifásicos o a la que se le tienen que indicar estas formulaciones, se sugiere ampliar la información y ver el prospecto adjunto.



Inicio del efecto anticonceptivo: se requieren siete días de toma correcta de pastillas (comprimidos activos) para garantizar el efecto anticonceptivo.

7.1.2. Eficacia anticonceptiva

Es un método de alta eficacia, si se toma de manera correcta.

Con el uso correcto: cuando no se cometen errores al tomar la pastilla, hay menos de 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan ACO en el correr del primer año (3 por 1.000 personas).

Con el uso habitual: se producen cerca de 9 embarazos cada 100 mujeres que utilizan ACO en el correr del primer año.

7.1.3. Recuperación de la fertilidad

Luego de suspender la toma de las pastillas anticonceptivas la fertilidad se recupera de inmediato. No hay aumento de la fertilidad cuando se suspende la toma.

7.1.4. Protección contra el VIH y otras ITS

Los ACO no ofrecen ninguna protección contra el VIH y otras ITS.

7.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Como regla general, cualquier persona con capacidad de gestar sana y joven, o mayor de 35 años no fumadora, puede tomar anticonceptivos orales combinados.

Sin embargo, existen situaciones en las que se desaconseja el uso de este método (Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS) o incluso en las que está contraindicado (Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS). Es importante, al momento de conversar con las personas usuarias, identificar estas situaciones y evaluar con ella el uso de otro método o asesorar el cambio de método en una persona que ya lo venía utilizando.

Para las personas con mala circulación o extremidades inmóviles (aún en la ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas) debido a un mayor riesgo de TVP, es importante evaluar su contraindicación y recomendar otras opciones anticonceptivas (OMS, 2018). Esto incluye, por ejemplo, a personas con discapacidad motora y/o personas usuarias de silla de ruedas.

Son preferibles otros métodos para personas con discapacidades intelectuales o de salud mental que tengan dificultades para recordar la toma diaria (OMS, 2018).

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):*

- Durante la lactancia entre las 6 semanas y los 6 meses post parto.

5. Cuando la persona tiene múltiples factores de riesgo importantes para enfermedad cardiovascular, el uso de anticonceptivos combinados hormonales puede incrementar ese riesgo a un nivel no aceptable. Si bien no se presenta una sumatoria simple de riesgos, es necesario evaluar la situación singular de la persona.


6. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.



- En el período post parto menor a 21 días, sin lactancia y sin otros factores de riesgo para Tromboembolismo Venoso (TEV).
- Mayores de 35 años fumadoras de menos de 15 cigarrillos/día.
- Con múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad mayor, tabaquismo, diabetes, e hipertensión).[5]
- Antecedentes de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluye hipertensión en embarazos).
- Hipertensión adecuadamente controlada, cuando se puede evaluar la presión arterial.
- Presión arterial elevada: sistólica 140–159 o diastólica 90–99 mmHg.
- Migraña, sin aura < 35 años si ya recibía el método e inicia con migraña.
- Migraña, sin aura > 35 años si inicia el método.
- Antecedente personal de cáncer de mama, sin evidencia de enfermedad por un mínimo de 5 años.
- Diabetes con nefropatía, retinopatía o neuropatía (daño en riñones, ojos, o sistema nervioso)[6].
- Diabetes con otra patología vascular o diabetes de >20 años de duración.
- Patología de vesícula biliar sintomática, con tratamiento médico o en curso.
- Antecedentes de colestasis relacionada con anticonceptivos orales combinados.
- Hepatitis aguda o exacerbación si inicia el método[7].
- Interacciones medicamentosas: rifampicina o rifambutina. Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina), lamotrigina.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* del método *(Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):*

- Lactancia exclusiva y menos de 6 semanas del post parto.
- Post parto menor de 21 días sin lactancia y con otros factores de riesgo para TEV (como antecedente de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión de sangre durante el parto, índice de masa corporal mayor a 30 kg/m2, hemorragia post parto, post cesárea inmediato, preeclampsia, tabaquismo).
- Mayores de 35 años, fumadoras de más de 15 cigarrillos/día.
- Diabetes con más de 20 años de evolución o con neuropatía, con retinopatía, con nefropatía, u otra enfermedad vascular.[8]
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (fumadora, diabética, hipertensa, mayor de 40).[9]
- Hipertensión con valores mayores de 160/100.
- Hipertensión con enfermedad vascular.
- Episodio agudo o antecedente de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar con o sin terapia anticoagulante.

7. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.
8. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.
9. Cuando la mujer tiene múltiples factores de riesgo importantes para enfermedad cardiovascular, el uso de anticonceptivos combinados hormonales puede incrementar ese riesgo a un nivel no aceptable. Si bien no se presenta una sumatoria simple de riesgos es necesario evaluar la situación singular de la persona.



- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Mutaciones trombogénicas conocidas como factor V de Leiden, mutación de la protrombina, deficiencia de proteína S, C o antitrombina.
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Enfermedad cardíaca isquémica (infarto del corazón) actual o pasada.
- Mujeres con ACV actual o pasado.
- Mujeres con valvulopatías complicadas.
- Mujeres con migraña con aura.
- Mujeres mayores de 35 años con migraña sin aura, para continuación del método.
- Mujeres con cáncer de mama actual.
- Mujeres con hepatitis viral aguda, para inicio del método.[10]
- Cirrosis descompensada.
- Tumor del hígado (adenoma hepatocelular y hepatocarcinoma).

Interacciones medicamentosas
Ver al final del capítulo el Cuadro 7.3. Resumen de interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados.[11]

7.1.6. Administración del método

Requisitos previos para utilizar un anticonceptivo hormonal combinado:

Requisitos indispensables:
La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para suministrar ACO: realizar consejería, historia clínica y control de tensión arterial.[12]

La OMS recomienda tomar la presión arterial antes de iniciar la toma de métodos hormonales. Si esta medición no está disponible, no debe invalidarse necesariamente la posibilidad de utilizar un anticonceptivo hormonal, ya que la morbimortalidad de un embarazo es mayor que la del méto do en sí. Siempre es conveniente tener en cuenta la situación singular de la persona, el contexto y sus posibilidades.

Solicitud de otros estudios:
Algunas/os profesionales de la salud, antes de suministrar un MAC, solicitan estudios complementarios, por ejemplo: análisis de sangre, Papanicolaou (PAP), ecografías o algún otro. Sin embargo, **NO son requisito per se para iniciar el MAC**, ni motivo para postergar o negar su entrega.

Solicitar estudios complementarios como rutina para indicar y/o entregar un MAC puede implicar perder la oportunidad de iniciar a tiempo (antes de que ocurra un embarazo no intencional) el uso de un método anticonceptivo.

10. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.
11. Para información adicional consultar Criterios de elegibilidad de la OMS, 5° Edición 2015.
12. Ver Cuadro 4.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de métodos anticonceptivos, en el Capítulo 4 Métodos anticonceptivos (MAC) - Generalidades.

Los antecedentes clínicos y el examen físico podrán determinar la necesidad de solicitar algún estudio complementario. En caso de que no sea conveniente comenzar con el ACO hasta tener los resultados de los estudios, debe facilitarse otro método que no implique un riesgo para la salud hasta ese momento.

Oportunidad del PAP: las consultas por anticoncepción son un buen momento para asesorar, hacer un examen mamario y facilitar el acceso a la realización del PAP. Puede ser una oportunidad de acompañar la construcción de autonomía en la usuaria en relación a cuidados, sin asociar coercitivamente la toma de PAP a la entrega del método.



Consideraciones particulares en consejería sobre el uso de ACO:

• Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la persona usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método.

• Iniciar la consulta con los intereses, las inquietudes y dudas que traen las personas colabora en la construcción de ese vínculo. Estas inquietudes (que a veces son claras, y otras no tanto) necesitan del acompañamiento empático del equipo de salud: trabajar en base a las dificultades, dar espacio para preguntas, invitar a volver ante cualquier duda, y ofrecer material de apoyo son las herramientas con las que, además del conocimiento profesional, cuenta el equipo de salud para realizar ese acompañamiento.

• Trabajar estrategias para recordar la toma, según las particularidades de la persona. Suele ser recomendable que se asocie la toma con rutinas (como el cepillado de dientes). Otra posibilidad es la utilización de carteles o alarmas y aplicaciones de celular.

• Si la persona usuaria es ciega o tiene disminución visual, para facilitar su autonomía en el uso de este método, es recomendable la presentación de 21 pastillas ya que no requiere la diferenciación de las activas e inactivas.

7.1.6.1. Modo de toma de los ACO

El modo de administración varía según se trate de un blíster de 21 o de 28 comprimidos:

• **Envase o blíster de 21 comprimidos:** se debe tomar uno por día, siempre en el mismo horario. Al finalizar el blíster, por 7 días no hay que realizar toma de pastillas. Durante este período de 7 días de no toma debería aparecer el sangrado (ver Figura 7.1)[13].

En el octavo día se reinicia un nuevo blíster, aunque continúe el sangrado. Si no se comienza el nuevo blíster el octavo día, debe considerarse como un olvido de la primera semana (ver más adelante).

13. Una opción para facilitar que la persona recuerde cuándo comenzar el siguiente blíster es indicarle que memorice el día de la semana en que inició el primer comprimido del blíster (por ejemplo martes), luego que tome todo el blíster y haga la semana de no toma. Al martes siguiente, debe reiniciar la toma con un nuevo blíster.



Figura 7.1. Forma de administración de los ACO de 21 comprimidos

Si la menstruación inició el día 2 de este mes, ese mismo día se toma la primera pastilla. Tomará pastillas por 3 semanas, 1 comprimido por día. Luego viene la semana sin pastillas, en la que además comenzará un sangrado, similar a la menstruación. Al 8vo día sin pastillas se inicia la nueva caja, aunque aún continúe el sangrado.

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5 12	6
7	8	9	10	11		13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

• **Envase o blíster de 28 comprimidos (24+4 o 21+7):** se debe tomar un comprimido por día, siempre en el mismo horario, comenzando por los comprimidos activos. Una vez terminado el envase debe reiniciar uno nuevo al día siguiente, en forma inmediata. En lugar de realizar el período de no toma, en este caso se toman los comprimidos inactivos (4 o 7 según la presentación), generalmente de color diferente en el blíster. El sangrado aparecerá durante la semana en la que se toman los comprimidos inactivos o durante el inicio del siguiente blíster. Si la persona usuaria tiene discapacidad visual, es importante generar una estrategia para que pueda identificar los comprimidos inactivos. O evaluar la opción de utilizar la presentación de 21 comprimidos.

En ambos casos, de presentación de 21 o de 28 comprimidos:

• Es importante respetar la hora de toma de la píldora.

• Durante los 7 días de no toma o durante la toma de los comprimidos inactivos, el efecto anticonceptivo está garantizado, siempre y cuando se hayan tomado adecuadamente 7 comprimidos activos previos.

• No es necesario interrumpir por uno o varios meses la toma de anticonceptivos para, como solía decirse, "descansar".



7.1.6.2. Inicio de la toma[14]

Si bien se puede empezar en cualquier momento del ciclo, se recomienda iniciar el primer día de la menstruación (primer día del ciclo). De esta manera, los ACO son efectivos desde el inicio de la toma.

En caso de iniciar otro día del ciclo o ante la ausencia de menstruaciones, se podrá iniciar siempre y cuando exista razonable certeza de que no hay embarazo (ver apartado "¿Cómo descartar un embarazo?", Capítulo 4). En este caso se debe utilizar, además, un anticonceptivo de barrera (preservativo) durante los 7 primeros días de toma. Recién a partir del comprimido nº 8 de toma continua, la eficacia anticonceptiva está garantizada.

14. Las recomendaciones para inicio y cambio de método son las mismas para ACO, parches o anillos vaginales.

7.1.6.3. Anticoncepción inmediata post aborto

Luego de un aborto, sea de primer o segundo trimestre, puede iniciarse en forma inmediata el uso de ACO. En estos casos, no es necesario proporcionar una protección anticonceptiva adicional.

7.1.6.4. Cambio de método[15]

Reemplazo de un anticonceptivo oral combinado (ACO) por otro con otra composición o dosis:

• Si se pasa de un ACO a otro con menor dosis de estrógeno (Ej: 30 µg EE a 20 µg EE), iniciar la toma de las nuevas pastillas al día siguiente de la toma del último comprimido activo del ACO. Es decir que si se venía utilizando el blíster de 28 comprimidos, no se deben tomar los comprimidos inactivos; y si se venía utilizando el blíster de 21 comprimidos, no se debe realizar la semana de no toma. Es probable que durante ese ciclo no se produzca sangrado. Se hace para garantizar la eficacia anticonceptiva. Si inician las nuevas pastillas luego de terminar el blíster completo de 28 comprimidos, o la semana de no toma (en caso de blíster de 21 comprimidos), se recomienda usar un método de respaldo[16] (por ejemplo, preservativo) durante la primera semana.

• Si se pasa de un ACO a otro con mayor dosis de estrógeno, o a otro con otra composición pero igual dosis de estrógeno: se continúa como si se tratara del mismo ACO que se venía utilizando.

Reemplazo de ACO por AOPS (Desogestrel o Minipildora): iniciar las pastillas de desogestrel o minipíldora al día siguiente de la toma del último comprimido activo de ACO (sin tomar los comprimidos inactivos o la semana de no toma). Es probable que durante ese mes no haya sangrado. No es necesario utilizar otro método anticonceptivo de respaldo.

Reemplazo de ACO por inyectable trimestral o mensual: aplicar el inyectable inmediatamente, no precisa esperar al sangrado. No es necesario un método de respaldo. Si el cambio se realiza en la primera semana de toma de pastillas, se recomienda agregar método de respaldo por 7 días.

Reemplazo de ACO por implante subdérmico: si se ha utilizado el ACO en forma correcta y consistente el implante puede insertarse de inmediato. No es necesario un método de respaldo. Si el cambio se realiza en la primera semana de toma de pastillas, se recomienda agregar método de respaldo por 7 días.

Reemplazo de ACO por DIU-Cu o DIU-LNG: se puede colocar el DIU inmediatamente, no se necesita esperar al sangrado. Se recomienda usar preservativo u otro método de respaldo hasta verificar que la colocación fue exitosa (que el dispositivo está en la cavidad uterina).

7.1.6.5. Olvido de la toma

Frente al olvido de la toma, debe considerarse:

• SI EL OLVIDO ES DE UN COMPRIMIDO activo: Tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual, aunque esto signifique tomar dos comprimidos juntos. La eficacia anticonceptiva no se altera, y no necesita usar un método de respaldo.

• SI EL OLVIDO ES DE DOS COMPRIMIDOS activos o más: la eficacia anticonceptiva puede estar disminuida y puede no inhibir adecuadamente la ovulación[17]. En este caso, deberá considerarse en qué semana fue el olvido. En todos los casos de olvido de pastillas activas, tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque esto implique tomar dos pastillas el mismo día o al mismo tiempo, y continuar tomando las siguientes pastillas en el horario habitual. Esta conducta reducirá la posibilidad de aparición de pequeños sangrados por motivo del olvido.

15. Se desarrolla aquí el cambio de ACO a los métodos anticonceptivos más utilizados. En el Cuadro 4.5. figuran otros métodos así como el cambio de otros métodos a ACO.
16. Los métodos de respaldo incluyen el preservativo, espermicidas, coito interrumpido y abstinencia.
17. Si bien en las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (OMS, 2018) plantean que si se trata de comprimidos con dosis de 30 o 35 µg de etinilestradiol, la eficacia anticonceptiva no se altera con el olvido de hasta 2 comprimidos, desde la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva se recomienda, adoptando una conducta de mayor cuidado, seguir pautas descriptas en el cuadro 7.1 a partir del olvido de dos comprimidos.



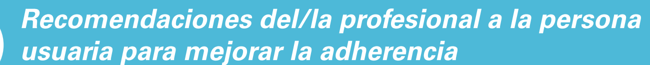
El riesgo de embarazo aumenta con el número de pastillas olvidadas, y es mayor en la primera semana. Los procedimientos recomendados según fecha del olvido pueden consultarse en el Cuadro 7.1 Conducta ante el olvido de la toma de 2 comprimidos o más.

En las consultas o en la consejería brindar información sobre el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) en caso de olvido. Se sugiere entregar a la usuaria los comprimidos de AHE y la información de cómo tomarla para que pueda tener un método alternativo disponible en caso de necesidad.

Cuadro 7.1. Conducta ante el olvido de la toma de 2 comprimidos o más[18].

Semana de la toma en la que se produjo el olvido		Conducta recomendada
1ª semana	… y tuvo relaciones sin otra protección en los últimos 5 a 7días	*Es necesario realizarlas todas:* • Usar AHE, • Tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque signifique tomar dos juntas, y continuar las siguientes en el horario habitual, • Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días.
	…y no tuvo relaciones en los últimos 5 a 7 días.	*Es necesario realizarlas todas:* • Tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque signifique tomar dos juntas y continuar con las siguientes en el horario habitual, • y agregar un método de respaldo durante 7 días.
2ª semana		Tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque signifique tomar dos juntas y continuar con las siguientes en el horario habitual. Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días.
3ª semana	Para envases con 21 comprimidos	*Es necesario realizarlas todas:* • Tomar la última pastilla olvidada, aunque signifique tomar dos juntas. • Iniciar otro envase al día siguiente sin hacer la semana de no toma. No se producirá el sangrado en la fecha esperada, pero puede aparecer manchado o sangrado en el transcurso de la toma del segundo envase. • Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días.
	Para envases con 28 comprimidos	*Es necesario realizarlas todas:* • Tomar la última pastilla olvidada, aunque signifique tomar dos juntas. • No tomar los comprimidos inactivos e iniciar otro envase al día siguiente. No se producirá el sangrado en la fecha esperada pero puede aparecer manchado o sangrado en el transcurso de la toma del siguiente envase. • Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días.
4ª semana (en el caso de tener un blíster con 28 comprimidos, son los comprimidos inactivos)		No hay ningún problema porque son comprimidos inactivos; de todos modos es conveniente tomar la pastilla olvidada junto a la del día siguiente para no perder el control del ritmo.

18. Si bien en las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (OMS, 2018) plantean que las conductas descriptas en el siguiente cuadro deben adoptarse ante el olvido de 3 o más pastillas (si tienen dosis de 30 o 35 μg de etinilestradiol), desde la Dirección de Salud Sexual se recomienda, adoptando una conducta de mayor cuidado, seguir las pautas a partir del olvido o no toma de 2 o más comprimidos.



Recomendaciones del/la profesional a la persona usuaria para mejorar la adherencia

Es importante conversar sobre diferentes técnicas que ayudan a recordar la toma de la pastilla, por ejemplo:
- Asociar la toma a un acto cotidiano como cepillarse los dientes, ajustar el despertador, desayunar, etc.
- Tomar la pastilla siempre a la misma hora.
- Si la hubiera, y la persona desea, involucrar a la pareja en la rutina.
- Tener la pastilla en un lugar visible.
- Mantener los comprimidos en el envase original hasta el momento de la toma, ya que los números o días impresos en el envase ayudan a no olvidarse.
- Colocar un recordatorio o alarma, por ejemplo en el celular.
- No dejar para último momento la compra o el retiro del siguiente blíster, y tratar de tener uno extra en su casa.

7.1.6.6. Qué hacer frente a vómitos y diarrea

Si la persona está tomando ACO y tiene vómitos o diarrea, es importante tener en cuenta algunos cuidados adicionales para la efectividad del método anticonceptivo:

- **Vómitos:** si el vómito es dentro de las 4 horas[19] posteriores a la toma de una píldora activa, debe tomarse otra pastilla lo antes posible y luego continuar con la toma diaria (en este caso, se terminará el envase un día antes de lo previsto, y debe iniciarse el próximo también un día antes).

- **Diarrea:** usar método adicional (preservativo) durante los síntomas y durante los siguientes 7 días. Si dura más que las pastillas con hormonas (comprimidos activos), omitir la semana de no toma o toma de comprimidos inactivos y comenzar directamente con la siguiente caja. En este último caso, puede ser que no haya sangrado.

Si los vómitos o la diarrea intensos continúan durante dos o más días, la persona debe seguir los procedimientos para casos de olvido de la toma de píldoras (7.1.6.5. Olvido de la toma).

7.1.6.7. Cómo modificar la fecha de sangrado con los ACO

- **Retrasar el sangrado:** empezar un blíster inmediatamente después de terminar el blíster actual (en caso de blíster de 21 comprimidos) o saltearse los comprimidos inactivos y comenzar directamente con los comprimidos activos del siguiente blíster (en el caso de los blíster de 28 comprimidos). Puede continuar así tanto tiempo como desee. Cuando desee que el sangrado empiece, simplemente hay que dejar de tomar comprimidos activos. Durante el uso continuo de pastillas puede aparecer algún sangrado o manchado, sin significado clínico. Si desea continuar con la anticoncepción, iniciar un nuevo blíster luego de 7 días de no toma.

- **Cambiar el día del comienzo del sangrado:** al tomar los ACO como se ha explicado, se tendrá el sangrado, aproximadamente, el mismo día cada 4 semanas. Si la persona desea cambiarlo, puede acortar (nunca prolongar) el período de no toma de comprimidos activos o de toma de comprimidos inactivos. Por ejemplo, si el sangrado comienza habitualmente el viernes y en el futuro quiere que sea el martes (3 días antes), debe comenzar el envase siguiente 3 días antes de la fecha habitual. Si acorta mucho el período de no toma (por ejemplo, 3 días o menos), es posible que no tenga sangrado durante el mismo. Puede aparecer algún sangrado o manchado durante el uso del siguiente blíster.

19. Si bien la OMS en sus últimas Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (OMS, 2018) plantea que se debe tomar una nueva píldora solo si el vómito se produjo en las 2 horas posteriores a la toma del comprimido activo, la DSSyR recomienda como conducta de mayor cuidado repetir la toma en los casos de vómitos hasta en las 4 horas posteriores.



7.1.6.8. Seguimiento

Se recomienda que en la consulta inicial se pacte con la persona usuaria una nueva visita luego de algunos meses de usar los ACO para trabajar sobre las dudas que hayan podido surgir, ayudar con cualquier problema y verificar el uso correcto del método.
Si por los antecedentes clínicos fuera necesario efectuar un seguimiento más cercano de la respuesta, tolerancia y seguridad del anticonceptivo, ya sea con evaluación clínica o con la realización de estudios complementarios, es conveniente pautar los pasos a seguir. En cada caso, para pautar el seguimiento se tendrá en cuenta la situación singular de la persona y su estado clínico, además de las posibilidades de acceso a las prácticas que sea conveniente realizar.

Dado que no hace falta realizar un control médico cada mes, se recomienda entregar ACO para varios meses, a fin de garantizar la disponibilidad de los blísters sin tener que acercarse al efector de salud a buscarlos cada mes.

Se sugiere el control de la tensión arterial anual siempre que una persona tome anticonceptivos hormonales.

7.1.6.9. Cómo suspender el método

Se puede dejar de tomar los ACO en cualquier momento. Si se desea suspender la toma pero no se busca un embarazo, es necesario brindar información sobre otras opciones anticonceptivas y sobre cómo hacer el cambio, de modo de garantizar la anticoncepción en todo momento.

7.1.7. Efectos secundarios

Es importante conversar con la persona usuaria sobre los posibles efectos secundarios relacionados con el uso del método, ya que la mayoría disminuye o desaparece en los primeros meses de uso. No son signos de enfermedad y, si bien son comunes, no se producen en todos los casos. Además de brindarle información, el equipo de salud debe preguntar y escuchar cómo estos cambios pueden afectar su vida cotidiana, para evaluar con ella la necesidad de adoptar alguna conducta.
Dado que existen numerosas ideas erróneas sobre los anticonceptivos hormonales, es conveniente que el equipo de salud brinde información y dialogue con la persona usuaria partiendo de sus preguntas y supuestos previos que lleve a la consulta. En el Capítulo 1 se desarrolla la modalidad de trabajo sugerida para brindar una consejería de calidad[20].

Los efectos secundarios más frecuentes son:
• **Cambios en el patrón de sangrado:** en los primeros meses puede haber un leve sangrado irregular (spotting). Luego, los sangrados se vuelven regulares, son más leves y más breves. Incluso, en algunos casos, se llega a la ausencia del mismo, sin que nada de esto tenga significancia clínica.

Consideraciones particulares sobre el sangrado:

El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante a brindar para la continuidad del uso del método:
• Informar que el sangrado vaginal irregular normalmente cesa una vez que el cuerpo se acostumbra a los ACO (generalmente después de unos tres ciclos de toma de comprimidos), y que hay que continuar tomando las pastillas en igual horario todo los días.
• Recomendar que vuelva a la consulta si los sangrados irregulares continúan, se hacen más intensos o empiezan luego de un tiempo de sangrados regulares.

20. Ver Capítulo 1 Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

- **Cefaleas:** suelen remitir con AINEs (preferentemente paracetamol). Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso del método, debe ser evaluada.
- **Mareos.**
- **Náuseas.**
- **Mastalgia (dolor mamario).**
- **Cambios de peso.**
- **Cambios de humor.**
- **Acné: puede mejorar o empeorar, pero en general mejora.**
- **Otros cambios físicos posibles:** incremento de unos pocos puntos en la tensión arterial (mm Hg). Cuando el incremento se debe al ACO, cae rápidamente al interrumpir su uso.
- **Muy raros:** coágulo sanguíneo en venas profundas de piernas o pulmones (trombosis de venas profundas o embolia pulmonar).
- **Extremadamente raros:** ACV y ataque cardíaco (infarto agudo de miocardio).

Es posible que los anticonceptivos combinados conlleven ciertos efectos para otros aspectos de la salud. Los beneficios relevados pueden consultarse en el *Cuadro 7.2. Beneficios de los ACO para la salud.*

Cuadro 7.2. Beneficios de los ACO para la salud

Graduación	Afecciones
Ayudan a proteger contra:	Cáncer de endometrio. Cáncer de ovario. Cáncer de colon. Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática.
Pueden ayudar a proteger contra:	Quistes ováricos. Anemia por deficiencia de hierro.
Reducen:	Síndrome pre menstrual y dolores menstruales. Problemas del sangrado menstrual. Dolor de ovulación. Vello excesivo en rostro o cuerpo. Síntomas de síndrome de ovario poliquístico (sangrado irregular, acné, vello excesivo en rostro o cuerpo). Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular).



7.2. ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS INYECTABLES (ACI)

Puntos clave

- ✓ Se aplican de forma intramuscular profunda una vez al mes, siempre en la misma fecha calendario.
- ✓ La aplicación puede retrasarse o adelantarse hasta 3 días[21], aunque conviene realizarla siempre en la misma fecha.
- ✓ Tiene alta eficacia anticonceptiva.
- ✓ Pueden producir cambios en el patrón de sangrado. Al inicio del método: sangrados irregulares o prolongados. Con la continuación del método: disminución o ausencia del sangrado.
- ✓ En la consulta pueden entregarse ampollas de ACI para varios meses de manera segura.[22]
- ✓ Se recomienda una consulta anual de seguimiento después de comenzar a usar este método.



21. Si bien la OMS en sus últimas Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (OMS, 2018) plantea que se sigue sosteniendo la eficacia anticonceptiva si se adelanta o retrasa hasta 7 días la aplicación (de la fecha en la que debía realizarse), la DSSyR sugiere adoptar la conducta de mayor cuidado sosteniendo el margen en 3 días.
22. La entrega de varias ampollas en una misma consulta es una forma de facilitar el uso continuo del ACI. Para mayor información sobre formas para disminuir las barreas de acceso a los MAC, ver Capítulo 17. Procedimientos para garantizar el acceso de la población a los insumos anticonceptivos.

Los **anticonceptivos hormonales combinados de aplicación inyectable (ACI)** actúan por mecanismo **anovulatorio** y son de aplicación mensual. Al igual que los ACO, son un método seguro, efectivo y reversible.

Existen dos combinaciones posibles según el tiempo de acción del derivado estrogénico y el progestágeno. Los más usados en la actualidad combinan un estrógeno de acción breve y un gestágeno de acción prolongada.

Los que combinan altas dosis de un estrógeno de acción prolongada con un gestágeno de acción corta (Perlutal® o Atrimon®) ya no se recomiendan, debido a su mayor dosis de estrógeno y porque producen alteraciones del sangrado (hipermenorrea y menometrorragia, aumento en la cantidad y duración del sangrado) con mayor frecuencia.

Clasificación

Estrógeno de acción breve + gestágeno de acción prolongada: hay dos presentaciones:
• Valerato de estradiol 5 mg + Enantato de noretisterona 50 mg (Mesigyna® - Ginediol®)
• Cipionato de estradiol 5 mg + Acetato de medroxiprogesterona 25 mg (Cyclofem®)

Estrógeno de acción prolongada + gestágeno de acción breve: fueron de uso muy extendido, no en la actualidad. Se aplican entre el séptimo y el décimo día del ciclo, preferentemente el octavo o noveno. Hay una presentación:
• Acetofénido dihidroxiprogesterona 150 mg + Enantato de estradiol 10 mg (Perlutal® - Atrimon®)

En este capítulo se presentan los ACI con un estrógeno de acción breve + gestágeno de acción prolongada, debido a que son los que se utilizan con más frecuencia en la actualidad. De todas formas, la información general se aplica a ambos tipos, a excepción principalmente del modo de administración.[23]

7.2.1. Mecanismo de acción

Los ACI actúan inhibiendo la ovulación.

7.2.2. Eficacia anticonceptiva

Son muy eficaces. La eficacia depende de la puntualidad en la aplicación.

Con el uso correcto: cuando las inyecciones se aplican en fecha, hay menos de 1 embarazo cada 100 personas que utilizan ACI en el correr del primer año (5 por 10.000 mujeres).

Con el uso habitual: se producen cerca de 3 embarazos cada100 personas que utilizan ACI en el correr del primer año, o sea tiene un 97% de eficacia.

7.2.3. Recuperación de la fertilidad

Luego de suspender la aplicación de los ACI, la fertilidad se recupera de inmediato.

23. En caso de presentarse una usuaria que utiliza ACI Perlutal® o Atrimon®, o a la que se le tienen que indicar estas formulaciones, se sugiere ampliar la información y ver el prospecto adjunto.



7.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS

Los ACI no ofrecen ninguna protección contra el VIH y otras ITS.

7.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

En general, puede ser utilizado por las mismas personas que pueden recibir ACO de manera segura[24] .

Para las personas con mala circulación o extremidades inmóviles (aún en la ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas) debido a un mayor riesgo de TVP, es importante evaluar su contraindicación y recomendar otras opciones anticonceptivas (OMS, 2018). Esto incluye, por ejemplo, a personas con discapacidad motora y/o personas usuarias de silla de ruedas.

Hay ciertas condiciones en las que las recomendaciones de la OMS son diferentes para la administración de ACI que para la toma de ACO.

Criterios de elegibilidad:

Condiciones en las que *se desaconseja el uso de ACO* (Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS) **pero podría usarse ACI de manera segura** (Categoría 2 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).

- Patología de vesícula biliar sintomática: con tratamiento médico o en curso.
- Antecedentes de colestasis: relacionada con ACO en el pasado.
- Interacciones medicamentosas: rifampicina, ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina).
- Mujer fumadora de menos de 15 cigarrillos/día y mayor a 35 años.

Condiciones en las que *se contraindica el uso de ACO* (Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS) **pero se desaconseja el uso de ACI** (Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).

- Cirrosis descompensada.
- Tumor benigno del hígado (adenoma hepatocelular).
- Mujer fumadora de más de 15 cigarrillos/día y mayor a 35 años.

Otros temas a tener en consideración en cuanto a quién puede o no usar este método:

✓ En cuanto a su forma de administración, al no depender de la toma diaria y no dejar rastros (nadie se da cuenta de que está utilizando un método) puede resultar cómodo y apropiado para quienes deseen anticoncepción hormonal, pero se les dificulta sostener la toma diaria de una pastilla, por la razón que sea.
✓ La necesidad de contar con el recurso para colocarse la inyección de manera mensual puede ser asegurada o facilitada por el efector, al proveer de la ampolla anticonceptiva. Incluso, es posible brindar las jeringas y agujas necesarias si la persona usuaria no tiene acceso asegurado al efector pero cuenta con la posibilidad de colocársela cerca de su domicilio.

Interacciones medicamentosas
Ver al final del capítulo el Cuadro 7.3. Resumen de interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados.

7.2.6. Administración del método

Requisitos previos para utilizar un anticonceptivo combinado inyectable:

Se utilizan los mismos criterios que para ACO. Ver en este capítulo el punto 7.1.6.

24. Ver en el presente capítulo el apartado de ACO 7.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método y Capítulo 5 Criterios Médicos de elegibilidad para métodos anticonceptivos.

7.2.6.1. Modo de administración de los ACI

• **Inyección de aplicación intramuscular mensual, cada 30 días, en la misma fecha calendario:** se recomienda recordar el día en que se aplicó la primera inyección y luego, en los meses sucesivos, aplicar las siguientes inyecciones en esa misma fecha (ejemplo: si la primera inyección fue el 3 de febrero, se aplicarán las siguientes todos los 3 de cada mes).

• **La inyección puede darse hasta con 3 días de adelanto o de demora de la fecha en que debía aplicarse y mantiene la eficacia anticonceptiva**[25]. Sin embargo, se recomienda hacerlo siempre el mismo día.

El sangrado suele presentarse entre los 15 y 20 días posteriores a la aplicación de la inyección. El sangrado posterior a la primera aplicación, cuando ésta se realiza el primer día de menstruación, se adelantará y luego se regularizará.

Si bien se recomienda aplicar la primera inyección el primer día de menstruación, las siguientes deben realizarse teniendo en cuenta la fecha calendario de esa primera aplicación y no cuando se produce el sangrado.

7.2.6.2. Inicio de la aplicación

Se utilizan los mismos criterios que para ACO. Si bien se puede empezar cualquier día del ciclo, se recomienda iniciar la aplicación el 1° día de la menstruación (1° día del ciclo). En este caso no se requiere método adicional de respaldo.

Si la primera inyección se aplica en cualquier otro momento del ciclo, o ante la ausencia de menstruación, podrá aplicarse siempre y cuando exista razonable certeza de que no hay embarazo (ver Capítulo 4, ¿Cómo descartar embarazo?). Debe considerarse el **uso de un método anticonceptivo de respaldo** (método de barrera, por ejemplo) durante los primeros siete días después de la inyección.

Luego de un aborto, sea de primer o segundo trimestre, puede iniciarse en forma inmediata el uso de ACI. En estos casos, no es necesario proporcionar una protección anticonceptiva adicional.

7.2.6.3. Cambio de método[26]

Reemplazo de una composición de un ACI por otro con otra composición: comenzar con el nuevo inyectable (ACI) cuando correspondería recibir el que utilizaba. No hay necesidad de método de respaldo. Continuar la aplicación atendiendo al día que corresponde el nuevo ACI.

Reemplazo de ACI por AOPS: comenzar a tomar las pastillas de desogestrel o Minipíldora el día que correspondería la aplicación del inyectable. No necesita método anticonceptivo de respaldo. Reemplazo de ACI por ACO: comenzar a tomar las pastillas el día que correspondería la aplicación del inyectable. No necesita método anticonceptivo de respaldo.

Reemplazo ACI por DIU de cobre o con levonorgestrel: puede colocarse el DIU inmediatamente, si ha estado utilizando el inyectable de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no hay embarazo. No se necesita esperar al sangrado. Es importante recomendar la utilización de preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentre en la cavidad uterina.

25. Si bien la OMS en sus últimas Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (OMS, 2018) plantea que se sigue sosteniendo la eficacia anticonceptiva si se adelanta o retrasa hasta 7 días la aplicación, la DSSyR sugiere adoptar una conducta de mayor cuidado sosteniendo el margen en 3 días.
26. Para más información ver Cuadro 4.5 Reemplazo de un MAC por otro.



7.2.6.4. Retraso en la aplicación

Si la aplicación se realiza más de 7 días[27] después de la fecha en que debía realizarse, debe recomendarse utilizar preservativo o no mantener relaciones con penetración pene-vagina hasta 7 días después de aplicada la nueva inyección.

En caso de que haya mantenido relaciones sexuales con coito vaginal sin un método adicional pasados los 7 días del margen de seguridad, administrar la anticoncepción hormonal de emergencia.

Es importante, si la persona usuaria lo desea, aprovechar la oportunidad para reiniciar el uso del método, ya que esperar a la siguiente menstruación puede significar un riesgo de embarazo. En este caso, proceder como si iniciara nuevamente el método (ver 7.2.6.2. Inicio de la aplicación).

7.2.6.5. Seguimiento

Al ser un método inyectable, la persona usuaria probablemente requerirá del sistema de salud para cada aplicación. Se recomienda aprovechar la visita para contestar las dudas que hayan podido surgir, ayudar con cualquier problema y verificar el uso correcto del método.

Es conveniente conversar cómo se colocará el MAC en los meses sucesivos, si tiene posibilidad de acceder al efector de salud o si cuenta con algún recurso alternativo cerca de su domicilio. En algunos casos, es de suma utilidad **proveer a la persona usuaria de más de una ampolla**, para que, en caso de no llegar a tiempo en la fecha de colocación al efector, pueda hacerlo en otro lugar, por ejemplo una farmacia, con una enfermera/o, etc.

Contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento el informar (por escrito) el nombre del anticonceptivo que se utiliza, la frecuencia de la colocación y la técnica de aplicación intramuscular.

En caso de entregar las ampollas a la persona, recomendarle que para su correcta conservación debe mantenerlas a temperatura ambiente.

Destacar que, aunque se haya pasado la fecha de aplicación, igual es conveniente que regrese al centro de salud en cuanto pueda.

Informarle que puede volver a la consulta en cualquier momento que lo necesite, ya sea por algún problema, pregunta, deseo de cambiar de método, cambios en su salud, sospecha de embarazo, etc.



Recomendaciones para el equipo de salud al momento de la aplicación:

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Lavar el sitio de aplicación con agua y jabón o antiséptico.
- Previo a la aplicación, agitar suavemente la ampolla o vial.
- Preferentemente, utilizar material descartable.
- Realizar la aplicación intramuscular profunda en: cadera, glúteo o parte superior del brazo.
- Aplicar todo el contenido de la ampolla. Evitar perder parte en la carga o en la purga de la jeringa.
- No masajear el sitio de inyección.
- Descartar de manera segura jeringa y agujas.
- No reutilizar jeringas ni agujas.

27. Si bien la OMS en sus últimas Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (OMS, 2018) plantea que se sigue sosteniendo la eficacia anticonceptiva si se adelanta o retrasa hasta 7 días la aplicación, la DSSyR sugiere adoptar una conducta de mayor cuidado sosteniendo el margen en 3 días.



Recomendaciones para la persona usuaria al momento de la aplicación:

- Que no masajee el sitio de la inyección.
- Informarle el nombre de la inyección.
- Convenir una fecha para la próxima aplicación en un mes (entregarle por escrito la fecha).
- Explicar la importancia de aplicar la siguiente inyección en fecha. Se recomienda que si no logra hacerlo en la fecha exacta, lo haga hasta 3 días antes o después, aunque el margen de seguridad es de 7 días[27].
- Puede ser de utilidad facilitar la ampolla para la próxima dosis.
- Explicarle cómo cuidarse en caso de que se retrase la aplicación e informarle sobre la anticoncepción hormonal de emergencia.

7.2.6.6. Cómo suspender el método

Si la persona desea suspender el método simplemente no tiene que colocarse la siguiente aplicación. La fertilidad se recupera de inmediato.

7.2.7. Efectos secundarios

Es importante conversar sobre los posibles efectos secundarios relacionados con el uso del método, ya que la mayoría disminuye o desaparece en los primeros meses de uso. No son signos de enfermedad y, si bien son comunes, no se presentan en todos los casos. Además de brindarle información, el equipo de salud debe preguntar y escuchar cómo estos cambios afectan la vida cotidiana de la persona usuaria, para evaluar con ella la necesidad de adoptar alguna conducta.

Entre los efectos secundarios, algunas usuarias manifiestan:

- **Cambios en los patrones de sangrado:** en los 3 primeros meses, sangrado irregular o sangrado prolongado. Al año, amenorrea o sangrado infrecuente.

- **Aumento de peso.**

- **Cefaleas.**

- **Mareos.**

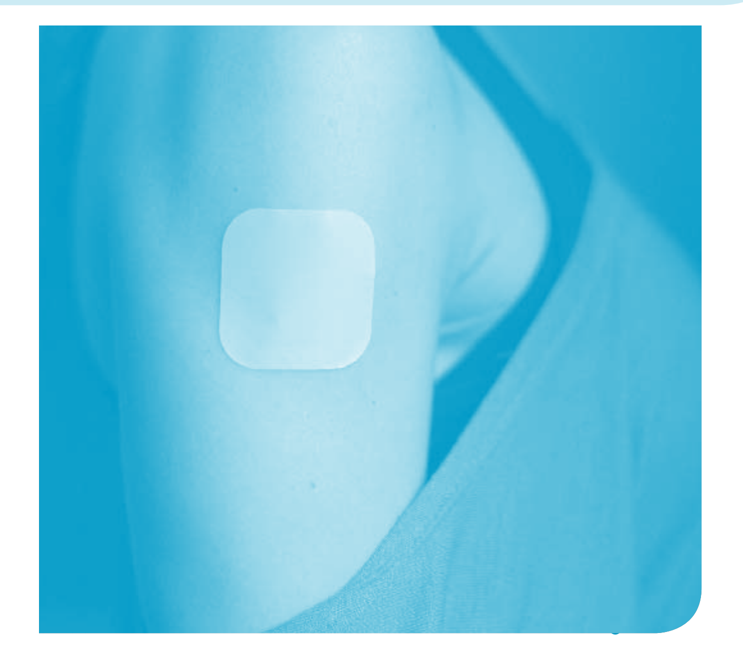
- **Mastalgia (dolor mamario).**



7.3. PARCHES TRANSDÉRMICOS*

Puntos clave

- ✓ El parche transdérmico es un plástico pequeño (4 cm x 4 cm), delgado, cuadrado, flexible, que se usa adherido a la piel.
- ✓ Libera diariamente 20 µg EE + 150 µg norelgestromin.
- ✓ Actúa al inhibir la ovulación de manera altamente efectiva.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS.
- ✓ Presenta las mismas recomendaciones para su uso que los ACO.
- ✓ Se recomienda una consulta anual de seguimiento, que incluya la toma de tensión arterial, después de comenzar a usar este método.
- ✓ No se entrega en forma gratuita en el sistema público, ni en obras sociales, ni prepagas.



(*) En este apartado se presenta sólo lo esencial sobre parches transdérmicos, a modo informativo.

7.3.1. Modo de administración

Se coloca un parche nuevo cada semana durante tres semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana, se producirá el sangrado.

7.3.2. Ventajas

• Administración constante de la droga.

• Evita la absorción gastrointestinal.

• Evita el primer paso del metabolismo hepático.

• Mejor adherencia.

• Margen de seguridad: garantiza 2 días adicionales de protección ante un olvido.

• Baja tasa de despegue.

7.3.3. Desventajas

• No protege contra el VIH y otras ITS.

• Las tasas de embarazo pueden ser levemente más altas entre las personas usuarias que pesen 90 kg o más.

7.4. ANILLOS VAGINALES *

Puntos clave

- ✓ El anillo vaginal es un anillo flexible y transparente de 54 mm de diámetro externo y 4 mm de diámetro de corte, realizado de copolímero de acetato de viniletileno, libre de látex.
- ✓ Libera por día, de manera constantemente, 0,015mg de etinilestradiol y 0,120 mg de etonogestrel.
- ✓ Inhibe la ovulación de manera altamente efectiva.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS.
- ✓ Se recomienda una consulta anual de seguimiento después de comenzar a usar este método.
- ✓ No se entrega en forma gratuita en el sistema público, ni en obras sociales, ni prepagas.



(*) En este apartado se presenta sólo lo esencial sobre anillos vaginales, a modo informativo.

El **anillo vaginal** contiene 2,7 mg de etinilestradiol y 11,7 mg de etonogestrel dispersos uniformemente dentro del cuerpo del mismo. Una vez introducido en la vagina permite una liberación constante de 0,015 mg de etinilestradiol y 0,120 mg de etonogestrel. El etonogestrel es el metabolito activo del desogestrel.

Presenta las mismas recomendaciones para su uso que los ACO.

7.4.1. Modo de administración

Cada anillo tiene un ciclo de uso. Una vez inserto en la vagina, se mantiene colocado tres semanas. En la cuarta semana se lo retira, y se producirá el sangrado. Ese anillo se descarta. Al término de 7 días libres de anillo debe insertarse otro nuevo.

7.4.2. Ventajas

- Es fácil de insertar y remover, lo que permite a la persona el control de su método anticonceptivo.

- Puede removerse en cualquier momento.

- Ofrece una liberación hormonal continua, lo que evita las fluctuaciones diarias que pueden observarse con la toma de pastillas.

- Evita la absorción gastrointestinal y el pasaje por el primer paso hepático.

- No interfiere en las relaciones sexuales.

7.4.3. Desventajas

- Efectos adversos locales: dolor, irritación, aumento de la secreción vaginal, lesiones epiteliales, incomodidad durante el coito, expulsión.

- Incomodidad y rechazo por parte de quienes tienen poca familiaridad en la manipulación de sus genitales.



Cuadro 7.3. Resumen de interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados*. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS[28]

Las interacciones de mayor relevancia clínica son las relacionadas con el metabolismo hepático, ya que el etinilestradiol se metaboliza a nivel hepático a través del citocromo P 450 isoenzima CYP3A4. Ante la administración de ciertas drogas que inducen fuertemente la actividad de este citocromo, se determinan importantes interacciones que afectan de manera significativa la eficacia del método.

Droga/medicamento	ACO	ACI	Parches transdérmicos	Anillo vaginal	Aclaraciones
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa	1	1	1	1	
Inhibidores NO nucleósidos de la transcriptasa reversa	2	2	2	2	
Inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir	2	2	2	2	
Anticonvulsivantes (barbitúricos, primidona, carbamacepina, oxcarbamacepina, topiramato, felbamato, etosuximida y fenitoína)	3	2	3	3	Los ACO no alteran el efecto anticonvulsivante pero sí podría reducirse la eficacia del anticonceptivo. Por eso es preferible el uso de otros MAC.
Lamotrigina	3	3	3	3	Los ACO podrían disminuir el efecto de la lamotrigina con la consiguiente aparición de convulsiones.
Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	
Antifúngicos	1	1	1	1	
Antiparasitarios	1	1	1	1	
Rifampicina y rifabutina	3	2	3	3	Los ACO no alteran el efecto antibiótico pero sí podría reducirse la eficacia del anticonceptivo. Por eso es preferible el uso de otros MAC.

* Para más información sobre interacciones con drogas antirretrovirales, ver Cuadro 16.1.

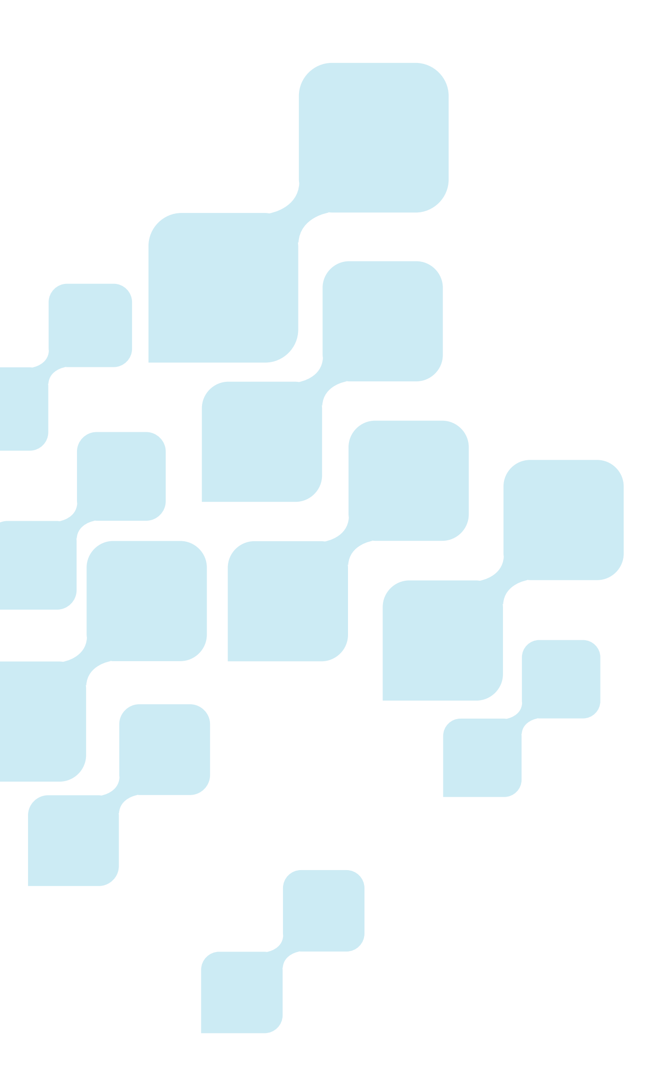
28. Para más información, consultar Criterios de elegibilidad de la OMS, 5º edición, 2015 y Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Clinical Guidance. Drug Interactions with Hormonal Contraception. Clinical Effectiveness Unit. January 2011. En http://www.fsrh.org/pages/clinical_guidance.asp

Capítulo 8

Métodos hormonales sólo de progestágenos

Puntos clave

- ✓ Pueden utilizarse durante la lactancia. No afectan el volumen de la leche ni su composición. No tienen ningún efecto sobre el/la bebé.
- ✓ También presentan alta efectividad fuera de la lactancia.
- ✓ En general, pueden ser usados por aquellas personas que tienen contraindicación de recibir estrógenos.
- ✓ Es frecuente observar cambios en sangrado, pero no tienen implicancia clínica.
- ✓ Si estando embarazada la persona usuaria los toma, no afectan el curso del embarazo.



INTRODUCCIÓN

Los **anticonceptivos sólo de progestágenos** son anticonceptivos hormonales compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por las personas con sistema vulva-vagina-útero-ovarios.
Existen diferentes derivados de la progesterona que posibilitan, a su vez, distintas vías de administración (vía oral, intramuscular, intrauterina y subdérmica).

Clasificación por mecanismo de acción y vía de administración:

NO ANOVULATORIOS

- **Vía oral** (comprimidos):
    - ✓ Levonorgestrel 0,03 mg
    - ✓ Linestrenol 0,5 mg

ANOVULATORIOS

- **Vía Oral:** Desogestrel 0,075 mg (comprimidos)

- **Inyectable Trimestral:**
    - ✓ Acetato de Medroxiprogesterona de depósito 150 mg

- **Implantes subdérmicos:**
    - ✓ Etonorgestrel: 1 varilla conteniendo en total etonorgestrel 68 mg
    - ✓ Levonorgestrel: 2 varillas conteniendo en total levonorgestrel 150 mg
    - ✓ Levonorgestrel: 6 varillas conteniendo en total levonorgestrel 216 mg

Otras formas de uso de anticonceptivos sólo de progestágenos son la anticoncepción hormonal de emergencia y los dispositivos intrauterinos con levonorgestrel. Se desarrollan en el Capítulo 9 sobre Anticoncepción Hormonal de Emergencia y en el Capítulo 10 sobre Dispositivos Intrauterinos, respectivamente.



Ninguno de estos métodos protege del VIH ni de otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Es importante brindar información sobre el uso correcto del preservativo, ya que contribuye a su prevención.



Consideraciones en la consejería para la elección del método anticonceptivo:

• Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la persona usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método.

• Iniciar la consulta con los intereses, las inquietudes y dudas que traen las personas colabora en la construcción de ese vínculo.

• Estas inquietudes, que a veces son claras y otras no tanto, necesitan del acompañamiento empático del equipo de salud: trabajar en base a las dificultades, dar espacio para preguntas, invitar a volver ante cualquier duda y ofrecer material de apoyo son las herramientas con las que, además del conocimiento profesional, cuenta el equipo de salud para realizar ese acompañamiento.



8.1. ANTICONCEPTIVOS ORALES DE PROGESTÁGENO SOLO (AOPS) NO ANOVULATORIOS (MINIPÍLDORA DE LEVONORGESTREL O LINESTRENOL) Y ANOVULATORIOS (DESOGESTREL)

Puntos clave

- ✓ Pueden utilizarse durante la lactancia. No afectan el volumen de la leche ni su composición. No tienen ningún efecto sobre el/la bebé.
- ✓ También presentan alta efectividad fuera de la lactancia, en especial las pastillas de Desogestrel (que tienen efecto anovulatorio).
- ✓ Pueden ser usados por aquellas personas que tienen contraindicación de recibir estrógenos.
- ✓ El modo de administración es a través de comprimidos de toma diaria, a la misma hora, sin semana de no toma entre cada envase o blíster. Todos los comprimidos contienen hormonas.
- ✓ El mecanismo de acción principal de los AOPS de levonorgestrel o linestrenol (Minipíldora) es la alteración del moco cervical y del Desogestrel es la anovulación.
- ✓ La Minipíldora, al ser un método no anovulatorio, suele asociarse al MELA (método de lactancia amenorrea).
- ✓ Es frecuente observar cambios en sangrado, incluso amenorrea, pero no tienen implicancia clínica.



Los **anticonceptivos orales de progestágeno solo** (AOPS) pueden ser de:

• Levonorgestrel 0,03 mg, envase o blíster por 28 o 35 comprimidos activos.

• Linestrenol 0,5 mg, envase o blíster por 28 comprimidos activos.

• Desogestrel 0,075 mg, envase por 28 comprimidos activos.

En el cuadro 8.1. se detallan las principales diferencias.

Cuadro 8.1. Anticonceptivos solo de progestágeno orales

	Minipíldora (levonorgestrel/linestrenol)	Desogestrel
Mecanismos de acción	Alteración del moco cervical	Anovulación y alteración del moco cervical
Margen de seguridad anticonceptiva	3 hs	12 hs
Inicio de efecto anticonceptivo	2 días (48 horas)	7 días

8.1.1. Mecanismo de acción

Todos los AOPS actúan produciendo un espesamiento del moco cervical, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina.

En el caso de la Minipíldora (levonorgestrel o linestrenol), además se observó anovulación en hasta el 40% de los ciclos. Al ser un método anticonceptivo no anovulatorio se recomienda en general para el puerperio, asociado a MELA (método de lactancia amenorrea) y reemplazarlo por uno anovulatorio cuando alguna de las condiciones de MELA se modifica[1].
En el caso de quienes toman Desogestrel, el porcentaje de ciclos anovulatorios observados es de un 97%, al inhibir el pico de LH. **Es decir que el principal mecanismo de acción del Desogestrel es la anovulación.**

Los AOPS no producen efecto clínico sobre lípidos, metabolismo de los carbohidratos y hemostasia.

Inicio del efecto anticonceptivo:

Inicio del efecto anticonceptivo de la Minipíldora (levonorgestrel o linestrenol): se requieren 2 días (48 horas) de toma correcta de estas pastillas para garantizar el efecto anticonceptivo.

Inicio del efecto anticonceptivo Desogestrel: se requieren 7 días de toma correcta de pastillas para garantizar el efecto anticonceptivo anovulatorio.

8.1.2. Eficacia anticonceptiva

Los AOPS tienen alta eficacia si se toman de manera correcta.

En el caso del **Desogestrel**, al producir anovulación, y brindar un amplio margen de seguridad (12 horas), presenta una eficacia anticonceptiva muy alta tanto durante la lactancia como fuera de ella.

En el caso de la **Minipíldora**, si se toman durante la lactancia exclusiva, la suma de su efecto sobre el moco con la anovulación producida por inhibición del eje hormonal (por la lactancia exclusiva) genera una anticoncepción altamente efectiva.

Combinada con el MELA, la Minipíldora es altamente efectiva. Es importante recordar que las **condiciones** del amamantamiento para el uso **de MELA** son:

1. Para más información ver Capítulo 15, Anticoncepción post evento obstétrico.



• La frecuencia con que se amamanta debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 hs.

• No reemplazar la lactancia con otros alimentos, los cuales no deben superar el 10% del total ingerido por el/la bebé.

• La lactancia debe ser diurna y nocturna.

• El MELA se discontinúa con un solo intervalo de 10 horas o intervalos frecuentes de más de 6 horas entre los amamantamientos.

Si se toman fuera de la lactancia, o la misma deja de ser exclusiva, puede producirse la ovulación y el comienzo del sangrado menstrual, en este caso la Minipíldora es efectiva por su acción sobre el moco cervical; su eficacia puede disminuir si no se toma adecuadamente la pastilla ya que la impenetrabilidad del moco se pierde.

La eficacia de la Minipíldora requiere de una administración constante. Se considera que la impenetrabilidad del moco se pierde aproximadamente 27 horas después de la toma, por lo tanto, si la pastilla se toma tres horas más tarde del horario establecido su eficacia puede disminuir.

Con el uso correcto: cuando no se cometen errores al tomar la pastilla, hay menos de 1 embarazo cada 100 personas que utilizan AOPS en el correr del primer año (3 por 1.000 personas).

Con el uso habitual: se producen cerca de 9 embarazos cada 100 mujeres que utilizan AOPS en el correr del primer año.

8.1.3. Recuperación de la fertilidad

Al suspender la toma se recupera rápidamente la fertilidad.

8.1.4. Protección contra las ITS/VIH

Los AOPS no ofrecen ninguna protección contra el VIH y otras ITS.

8.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Los AOPS son una alternativa importante y confiable para mujeres que desean anticoncepción oral y se encuentran amamantando, o que presentan alguna contraindicación por la cual no pueden recibir estrógenos.

Los AOPS pueden ser utilizados por personas con mala circulación o extremidades inmóviles que debido a un mayor riesgo de TVP, no podrían utilizar estrógenos. Esto incluye, por ejemplo, a personas con discapacidad motora y/o personas usuarias de silla de ruedas.

Si por error se toma AOPS durante el embarazo, estos no afectan de ninguna manera al feto ni el curso del mismo.

Si la persona usuaria es ciega, tienen la ventaja de que todas las pastillas son iguales (no hay que distinguir activas de inactivas).

Criterios de elegibilidad:

Una de las ventajas de estos métodos es que existen situaciones específicas en las que puede optarse por AOPS (categorías 1 y 2 de los Criterios de elegibilidad de la OMS) mientras que los anticonceptivos combinados con estrógenos no podrían utilizarse (categorías 3 y 4):

- Desde el postparto inmediato, con o sin lactancia.
- Fumadora mayor a 35 años.



- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.
- Hipertensión.
- Antecedentes de Trombosis Venosa Profunda y Embolismo Pulmonar, o actual con tratamiento anticoagulante.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Enfermedad valvular cardíaca complicada.
- Enfermedad cardíaca isquémica activa o pasada, o antecedente de ACV si inicia el método.
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Migraña sin aura.
- Migraña con aura si inicia el método.
- Diabetes con neuropatías, retinopatía, neuropatía, o con otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evolución.
- Patología de vesícula biliar sintomática con tratamiento médico o en curso.
- Antecedentes de colestasis asociada a uso de ACO.

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de AOPS a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** (categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):

- Cursando una Trombosis Venosa Profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta un episodio de cardiopatía isquémica o de accidente cerebrovascular (ACV) y estaba usando AOPS.[2]
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando AOPS.[3]
- Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante cinco años.
- Si presenta una cirrosis grave descompensada.
- Adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado.
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* **del método** (categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS)

- Cáncer de mama actual.

Interacciones medicamentosas

Ver al final del capítulo Cuadro 8.3. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

8.1.6. Administración del método

Es necesario realizar la historia clínica antes del inicio de la toma de AOPS, de manera de poder identificar aquellas situaciones en las que no se recomienda o se contraindica el uso del método de acuerdo a los criterios de elegibilidad.

Se recomienda el control de la tensión arterial antes de iniciar el método. Sin embargo, no debe negarse si por algún motivo no pudiera medirse la presión arterial.

No son requisitos para iniciar el uso de un anticonceptivo solo de progestágenos los exámenes pélvico y mamario, análisis de sangre ni Papanicolaou.[4]

El control ginecológico se podrá efectuar en el momento de la consulta o posteriormente, si en ese momento no puede realizarse o si la mujer no lo desea.

8.1.6.1. Modo de tomar los AOPS

Tomar **una pastilla todos los días a la misma hora.** Al terminar un envase, sea de 28 o 35 comprimidos, se inicia la toma de

2. Una mujer con antecedente de cardiopatía isquémica o ACV puede iniciar la toma de AOPS (categoría 2 de la OMS para el inicio del método)
3. Una mujer con antecedente de cefalea con aura, independiente de su edad, puede iniciar la toma de AOPS (categoría 2 de la OMS para el inicio del método).
4. Ver Cuadro 4.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de MAC, del Capítulo 4 Métodos Anticonceptivos (MAC) – Generalidades.

uno nuevo al día siguiente. **No debe haber descanso entre el final de un envase y el inicio del siguiente.** Es muy importante **respetar la hora de toma** de la pastilla.

Los envases presentan todas las pastillas del mismo color, son todas activas y contienen la misma dosis hormonal.

Margen de seguridad anticonceptiva:

Minipíldora: 3 horas.
Desogestrel: 12 horas

8.1.6.2. Inicio de la toma

Si bien se puede empezar cualquier día del ciclo, se recomienda iniciar el envase o blíster el primer día de la menstruación (primer día del ciclo). De esta manera, el método es efectivo prácticamente desde el inicio de la toma, y no se necesita usar método de respaldo.

En caso de iniciar otro día del ciclo, o ante la ausencia de menstruaciones, se podrá iniciar siempre y cuando exista razonable certeza de que no hay embarazo. Y debe utilizarse, además, un método de respaldo (por ejemplo, preservativo) durante los 7 primeros días de toma de las pastillas en el caso del Desogestrel, y los 2 primeros días en el caso de la Minipíldora.

Luego de un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto), los AOPS pueden comenzar a utilizarse de manera inmediata[5], sin necesidad de utilizar un método adicional. Luego de un parto o cesárea con lactancia exclusiva la Minipíldora es una opción muy adecuada; **fuera de la lactancia exclusiva, las pastillas de Desogestrel son mejor opción porque por su efecto anovulatorio son más seguras, y tiene mayor margen horario de seguridad.**

Cuadro 8.2. Inicio de toma de AOPS según situación de la persona usuaria

Situación de la mujer y personas con capacidad de gestar	Cuándo iniciar la toma de AOPS (Minipíldora o Desogestrel)
Con ciclos menstruales	Existen dos posibilidades: 1. Comenzar a tomar la primera pastilla el primer día del ciclo menstrual. No hace falta método adicional. 2. El inicio de la toma en cualquier otro momento del ciclo, se puede realizar siempre y cuando exista razonable certeza de que no hay embarazo. Debe usar, además, un anticonceptivo de barrera (preservativo) durante los 7 primeros días de toma de pastillas en el caso del Desogestrel; y los 2 primeros días en el caso de la Minipíldora.
Sin ciclos menstruales (amenorrea por lactancia)	Comenzar a tomarlas en cualquier momento, siempre y cuando exista razonable certeza de que no hay embarazo. Se debe utilizar un método anticonceptivo de respaldo durante los primeros siete días de toma de pastillas de Desogestrel o los primeros 2 días en el caso de la Minipíldora.
Post parto	Existen dos posibilidades: 1. Puede iniciarse inmediatamente si no está amamantando. 2. Si está amamantando, se recomienda comenzar con la toma de las pastillas 6 semanas después del nacimiento. Sin embargo, si está amamantando y estamos ante circunstancias especiales, cuando no se dispone de otro método más apropiado o aceptado por la persona usuaria, el equipo de salud puede proponerle adelantar el comienzo de la toma*.
Post aborto	Puede iniciarse inmediatamente.
Después de la toma de AHE	Existen dos posibilidades: 1. Comenzar el mismo día en que tomó la AHE. 2. Comenzar con el inicio de su siguiente menstruación. En ambos casos debe usar método de respaldo hasta cumplir 7 días de toma de pastillas, en el caso de Desogestrel; y dos días de toma, en el caso de la Minipíldora. Recomendar a la persona usuaria que vuelva a la consulta si presenta signos o síntomas de embarazo, o ausencia de menstruación.

* Según los Criterios de elegibilidad de la OMS (2015) tanto los AOPS como el implante subdérmico son categoría 2 durante la lactancia < a los 6 semanas posparto. Para los criterios de elegibilidad del Reino Unido, los AOPS y el implante son categoría 1. La recomendación de la DSSyR es que persona se retire del alta médica con el método, en el caso de haber optado por alguna de estas opciones. Se prioriza no perder la oportunidad.

5. Ver Capítulo 15, Anticoncepción post evento obstétrico.



8.1.6.3. Cambio de método

Reemplazo de AOPS de Minipíldora (levonorgestrel o linestrenol) por Desogestrel o al revés: comenzar la toma de las nuevas pastillas cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS que se estaba usando (pasar de uno a otra sin interrupción). Si se pasa de Minipíldora a Desogestrel, se recomienda sumar preservativo por 7 días como método de respaldo.

Reemplazo de AOPS por ACO: comenzar la toma de las pastillas de ACO cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS pasar de una a otra sin interrupción. Si el AOPS que estaba utilizando era Minipíldora, durante los 7 primeros días de toma de ACO, es necesario utilizar un método anticonceptivo de respaldo, como el preservativo.

Reemplazo de AOPS por ACI o AMPD: comenzar la aplicación del inyectable cuando se desee y suspender ese mismo día la toma de las pastillas (pasar de un método a otro sin interrupción). Si el AOPS que estaba utilizando era Minipíldora, durante los 7 días posteriores a la aplicación, es necesario utilizar un método anticonceptivo de respaldo, como el preservativo.

Reemplazo de AOPS por implante: colocar el implante cuando se desee y suspender ese mismo día la toma de AOPS. Si el AOPS que estaba utilizando era Minipíldora, durante los 7 primeros posteriores a la colocación del implante, es necesario utilizar un método anticonceptivo de respaldo, como el preservativo.

Reemplazo de AOPS por DIU Cu o DIU LNG: puede colocarse en forma inmediata si se estuvo usando el AOPS de manera correcta. Una vez que se controla que el DIU está en cavidad, se puede tener certeza de que brinda protección anticonceptiva (mínimo 7 días después en el caso del DIU LNG).

8.1.6.4. Olvido de la toma

Minipíldora
Se considera que la impenetrabilidad del moco se pierde aproximadamente a las 27 horas después de la toma, por lo tanto, si se toma la pastilla 3 horas más tarde del horario en que se tenía que tomar su eficacia puede disminuir.

Frente al olvido de la toma de una pastilla, debe considerarse:

• Si pasaron **menos de 3 horas** del horario habitual de la toma, tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual. La eficacia anticonceptiva no se altera, y no necesita usar un método de respaldo.

• Si pasaron **3 o más horas**, o si olvidó la toma por completo:

1. Tomar la pastilla olvidada lo antes posible.
2. Tomar la siguiente pastilla en el horario habitual (aunque esto implique tomar dos pastillas el mismo día o al mismo tiempo).
3. Continuar tomando las pastillas como venía haciéndolo (todos los días en igual horario).
4. Utilizar, además, un método de barrera por 48 horas. Recordar que **se requieren 2 días de toma correcta de pastillas para garantizar el efecto anticonceptivo.**
5. Si tuvo relaciones sexuales con penetración vaginal durante este período puede considerar la toma de AHE.

Desogestrel
Frente al olvido de la toma de una pastilla, considerar:

• **Si pasaron menos de 12 horas** del horario habitual de la toma, tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual. La eficacia anticonceptiva no se altera y no necesita usar un método de respaldo.

• Si pasaron **12 horas o más** desde el horario en que debería haber tomado la pastilla, o si olvidó la toma por completo:

1. Tomar la pastilla olvidada lo antes posible.

2. Tomar la siguiente pastilla en el horario habitual (aunque esto implique tomar dos pastillas el mismo día o al mismo tiempo).

3. Continuar tomando las pastillas como venía haciéndolo (todos los días en igual horario).

4. Utilizar además un método de respaldo durante los 7 días. Recordar que **se requieren 7 días de toma correcta de pastillas para garantizar el efecto anticonceptivo.**

5. Si tuvo relaciones sexuales con penetración vaginal durante este período sin método de barrera puede considerar la toma de AHE.

Es conveniente informar sobre el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) en caso de olvido. Se sugiere entregar a la usuaria los comprimidos de AHE y la información de cómo tomarla para que pueda tener un método alternativo en caso de necesidad.

Vómitos y diarrea

Si por algún motivo, la persona usuaria vomita o está con diarrea mientras toma AOPS, es importante tener en cuenta algunos cuidados adicionales para la efectividad del método anticonceptivo:

• **Vómitos:** dentro de las 4 horas[6] posteriores a la toma, debe tomarse otra pastilla lo antes posible, y luego continuar con la toma diaria. En este caso, se terminará el envase un día antes de lo previsto, y se debe iniciar el próximo también un día antes. En el caso de la Minipíldora, si la nueva pastilla se toma más de 3 hs después del horario de toma habitual, debe procederse como en el caso de un olvido.

Si los vómitos severos continúan por más de 24 hs, si es posible continuar tomando la pastilla y proceder como si hubiera presentado un olvido.

• **Diarrea.** Usar método adicional (preservativo) durante los síntomas y durante los siguientes 7 días en el caso de toma de Desogestrel y 2 días de Minipíldora.

8.1.6.5. Seguimiento

Se recomienda que en la consulta inicial se pacte con la persona usuaria una nueva visita luego de algunos meses de usar los AOPS, para trabajar sobre las dudas que hayan podido surgir, ayudar con cualquier problema y verificar el uso correcto del método.

En caso de que el AOPS sea Minipíldora y su uso esté asociado a la lactancia es importante recordar que en caso de que alguna de las condiciones del MELA[7] se modifique es recomendable el cambio de método a otro MAC, que puede ser Desogestrel.

Realizar la recomendación sobre cómo iniciar el nuevo método, e incluso tener prevista la entrega antes de que lo necesite, contribuirá a disminuir la posibilidad de un embarazo no planificado.

6. Si bien según las Recomendaciones para el uso de métodos anticonceptivos de la OMS se plantea que este margen es de 2 horas, desde la DSSyR se plantea adoptar una conducta de mayor cuidado. Es decir, mantener el margen de 4 horas.
7. Para más información ver capítulo 15, Anticoncepción post evento obstétrico.



8.1.6.6. Cómo suspender el método

Se puede suspender la toma de las pastillas en cualquier momento que se desee.

Es probable que si continua con lactancia exclusiva no presente sangrado enseguida. Mientras dure la lactancia, no hay certeza de cuándo volverá a tener sangrados regulares.

Si no se encuentra lactando, la suspensión del método implicará el reinicio de sus ciclos menstruales y de la fertilidad, en caso de no reemplazar este método por otro.

8.1.7. Efectos secundarios

Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la persona usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método. Es importante conversar sobre los posibles efectos secundarios relacionados al uso del método, ya que la mayoría disminuye o desaparece en los primeros meses y, si bien son comunes, no siempre se presentan.

Además de brindar información, es necesario que el equipo de salud pregunte y escuche cómo estos cambios afectan la vida cotidiana de la persona usuaria, para evaluar con ella la necesidad de adoptar alguna conducta.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- En general, prolonga la duración de la falta de menstruación de quien se encuentra amamantando.

- *Irregularidades del sangrado menstrual e incluso amenorrea.* Explicar que es normal y que el sangrado suele disminuir o incluso desaparecer luego de unos pocos meses de uso. Puede aconsejarse llevar un registro de los sangrados.

- *Cefaleas:* Pueden utilizarse AAS, AINES u otros analgésicos. Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso del método, debe ser evaluada.

- *Mareos.*

- *Cambios de humor o del deseo sexual.*

- *Dolor mamario* (mastalgia).

- *Dolor abdominal.*

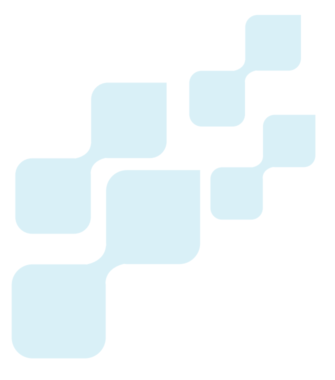
- *Nauseas.*

- *Acné.*

- *Fluctuaciones del humor.*

- *Disminución de la libido.*

- *Manchas en la piel o cloasma.*



8.2. INYECTABLE TRIMESTRAL: ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO (AMPD)

Puntos clave

- ✓ Puede ser utilizado tanto durante la lactancia (porque no afecta el volumen de la leche ni su composición) como fuera de ella (ya que actúa inhibiendo la ovulación).
- ✓ Puede usarse en los casos en que hay contraindicación de recibir estrógenos.
- ✓ Suelen observarse irregularidades en el patrón de sangrado los primeros meses e incluso amenorrea, sin importancia clínica.
- ✓ Modo de administración: inyección intramuscular de aplicación trimestral.



El anticonceptivo **inyectable trimestral de Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD)** actúa por anovulación. Existe una sola presentación:

• Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD) 150 mg (Depo-Provera®).

8.2.1. Mecanismo de acción

El mecanismo de acción fundamental es la inhibición de la ovulación.

8.2.2. Eficacia anticonceptiva

La eficacia depende de que la inyección se reciba con regularidad. En caso de uso correcto la eficacia es del 99%.

Con el uso correcto: menos de un embarazo cada 100 mujeres (2 cada 1.000) por año de uso.

Con el uso habitual: 6 embarazos cada 100 mujeres por año de uso.

8.2.3. Recuperación de la fertilidad

Con frecuencia **hay una demora** en el restablecimiento de la fertilidad. Suele tardar unos meses más en producirse un embarazo luego de interrumpir la AMPD que con otros métodos.

8.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS

La AMPD no ofrece ninguna protección contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

8.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Al no contener estrógenos, puede ser utilizado por personas usuarias que están amamantando y por quienes no pueden usar métodos con estrógeno.

Su forma de administración, una inyección de aplicación trimestral, puede resultar conveniente para muchas personas, ya que no requiere de ninguna acción diaria. Esto facilita la adherencia y continuidad del método a quienes no pueden acercarse al efector de salud. A su vez, son privadas, nadie se da cuenta que se está utilizando anticoncepción.

El AMPD se ha asociado a una leve pérdida de la densidad mineral ósea, que se recupera al discontinuar el método. Las investigaciones no han demostrado que las usuarias de AMPD de ninguna edad sean más proclives a tener más fracturas óseas.

-Su **uso en menores de 18 años** (que todavía no han completado el pico de masa ósea), debe hacerse luego de haber considerado otras opciones.

-En las mujeres que presentan **otros factores de riesgo para osteoporosis**[8], se recomienda considerar otras opciones.

-Si bien no hay un límite de edad para el uso de AMPD, a las mujeres **mayores de 50 años**, generalmente se les recomienda cambiar por otros métodos. Si desea continuar con este, valorar beneficios y riesgos potenciales.

Si la persona que recibe la inyección está embarazada y no lo sabe, esta **NO afecta el curso del embarazo.**

Criterios de elegibilidad:

El AMPD tiene, además, *efectos minerolocorticoides*, por lo cual tiene recomendaciones de la OMS específicas para este método, diferentes del resto de los progestágenos.

8. Se consideran factores de riesgo para osteoporosis: mayor edad, bajo IMC, antecedentes de 1er grado de fractura de cadera, tabaquismo, uso de glucocorticoides, consumo elevado de alcohol, artritis reumatoidea.



Situaciones en las que ***no se recomienda el uso*** **de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):*

- Durante las primeras 6 semanas post parto con amamantamiento.[9]
- Cursando una Trombosis Venosa Profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando AMPD.[10]
- Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años.
- Si presenta una cirrosis severa descompensada.
- Adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado.
- LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- LES con trombocitopenia severa para inicio del método.[11]
- Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad mayor, tabaquismo, DBT, HTA, obesidad, dislipemia, etc.).
- Hipertensión arterial con presión sistólica mayor a 160 o diastólica mayor a 100.
- Diagnóstico de hipertensión con enfermedad vascular.
- Cardiopatía isquémica y ACV (actuales o antecedentes).
- Sangrado vaginal de etiología desconocida antes de la evaluación.
- Diabetes con neuropatía, retinopatía o neuropatía, u otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evolución.

Situaciones en las que ***se contraindica el uso*** **del método** *(Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).*

- Cáncer de mama actual.

Interacciones medicamentosas

Ver al final del capítulo Cuadro 8.3. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

8.2.6. Administración del método

Requisitos previos para utilizar AMPD

> *Para la administración del AMPD: se sugiere el* ***control de la tensión arterial anual.***

No son requisitos: los exámenes pélvico y mamario, análisis de sangre, Papanicolaou. El control ginecológico puede realizarse al momento de la consulta o posteriormente si en ese momento no es posible.

9. Si bien para la OMS (2015), la AMPD es categoría 3, según los criterios de elegibilidad del Reino Unido (UK, 2016) y del CDC de EEUU (2016), el AMPD es categoría 2. La recomendación de la DSSyR es que se evalúe la posibilidad, si elige este método, de que utilice otro de manera temporaria, y vuelva a colocárselo a las 6 semanas o se retire con el método y las indicaciones para su aplicación a las 6 semanas post parto. Si no existen otras posibilidades, puede evaluarse colocárselo antes del alta.
10. Una mujer con antecedente de cefalea con aura, independientemente de su edad, puede iniciar el uso de AMPD (Categoría 2 de la OMS para el inicio del método).
11. Esta condición es Categoría 2 para la continuación.



8.2.6.1. Modo de administración

Se administra mediante una **inyección intramuscular de aplicación trimestral** (90 días o 13 semanas) fecha calendario, desde la primera inyección.

La inyección puede **darse hasta con 2 semanas de adelanto o de demora**[12] de la fecha en que debía aplicarse, manteniendo la eficacia anticonceptiva. Luego deberán contarse tres meses (90 días o 13 semanas) desde la fecha de esta aplicación para determinar la siguiente.

8.2.6.2. Inicio de la aplicación

El uso de AMPD puede iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual.

• *Si comienza a usarse durante los primeros siete días del ciclo menstrual* (en el que el día 1 es el primer día de sangrado), no se necesita ningún método anticonceptivo de respaldo.

• *Si la primera inyección se aplica en cualquier otro momento del ciclo, o ante la ausencia de menstruación*, podrá aplicarse siempre y cuando exista razonable certeza de que no hay embarazo. Se debe considerar el uso de un método anticonceptivo de respaldo durante los primeros siete días después de la inyección.

• *Post parto:* el uso de AMPD puede iniciarse inmediatamente si la persona usuaria no está amamantando. Las mujeres que están amamantando deberían comenzar a usar el método después de las 6 semanas post parto.[13]

Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptado por la persona usuaria, el equipo de la salud puede considerar **adelantar el comienzo de la aplicación**, por ejemplo al momento del alta. Esto debe ser especialmente tenido en cuenta en los casos en que resulta difícil para la persona regresar a que le administren la inyección en el momento apropiado.

• *Post aborto:* el uso del AMPD puede iniciarse inmediatamente.

• *Después de la toma de AHE:* comenzar con el inyectable el mismo día en que tomó la AHE o, si lo prefiere, dentro de los 7 días después del inicio de su menstruación. En ambos casos deberá utilizar método de respaldo hasta cumplir 7 días de aplicada la inyección. Es importante que la persona usuaria regrese si presenta signos o síntomas de embarazo, o ausencia de menstruación.



12. Si bien las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (OMS, 2018) plantean que puede darse la nueva inyección con una demora de 4 semanas sin perder efecto anticonceptivo, la DSSyR recomienda adoptar una conducta de mayor cuidado y no demorar más de 2 semanas la nueva aplicación.

13. Si bien para la OMS (2015), la AMPD es categoría 3, según los criterios de elegibilidad del Reino Unido (UK, 2016) y del CDC de EEUU (2016), el AMPD es categoría 2. La recomendación de la DSSyR es que se evalúe la posibilidad, si elige este método, de que utilice otro de manera temporaria, y vuelva a colocárselo a las 6 semanas o se retire con el método y las indicaciones para su aplicación a las 6 semanas post parto. Si no existen otras posibilidades, puede evaluarse colocárselo antes del alta.



Algunas recomendaciones para el equipo de salud al momento de la aplicación del AMPD:

✓ Lavarse las manos con agua y jabón.

✓ Lavar el sitio de aplicación con agua y jabón o antiséptico.

✓ Previo a la aplicación, agitar suavemente la ampolla o vial.

✓ Preferentemente, utilizar material descartable.

✓ Realizar la aplicación intramuscular en cadera, glúteo o parte superior del brazo.

✓ Aplicar todo el contenido de la ampolla. Cuidar de no perder parte en la carga o en la purga de la jeringa.

✓ No masajear el sitio de inyección.

✓ Descartar de manera segura jeringa y agujas. No reutilizarlas.

Recomendaciones para la usuaria al momento de la aplicación:

✓ Que no masajee el sitio de la inyección.

✓ Informarle el nombre de la inyección.

✓ Convenir una fecha para la próxima aplicación en 3 meses (entregarle por escrito la fecha). Evaluar con la persona si le es más conveniente aplicárselo en otro lugar y entregar ampollas para eso.

✓ Destacar la importancia de aplicar la siguiente inyección en fecha. Puede hacerlo hasta 2 semanas antes o después[14].

✓ Explicar cómo cuidarse en caso de que se retrase la aplicación y recordarle que, aunque hayan pasado más de dos semanas, es importante que vuelva a la consulta en cuanto pueda, de ser posible antes de las 4 semanas de demora.

✓ Informarle que puede volver a la consulta en cualquier momento que lo desee, ya sea por algún problema, pregunta, deseo de cambiar de método, cambios en su salud, sospecha de embarazo, etc.

8.2.6.3. Cambio de método

Reemplazo de AMPD por ACO o AOPS: Comenzar la toma de las pastillas cuando correspondía la siguiente aplicación del inyectable[15].No hay necesidad de método de respaldo.

Reemplazo de AMPD por ACI: puede aplicarse el nuevo inyectable cuando le correspondería la siguiente aplicación del que utilizaba[15]. No hay necesidad de método de respaldo.

Reemplazo de AMPD por implante subdérmico: el implante puede insertarse en el momento en que debería repetirse la inyección[15]. También puede realizarse unos días antes para no perder la oportunidad, superponiendo los efectos anticonceptivos. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

14. Si bien las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (OMS, 2018) plantean que puede darse la nueva inyección con una demora de 4 semanas sin perder efecto anticonceptivo, la DSSyR recomienda adoptar una conducta de mayor cuidado y no demorar más de 2 semanas la nueva aplicación.
15. Puede considerarse realizar el cambio hasta con 3 semanas de demora de la fecha en que correspondía la aplicación, sin uso de método de respaldo por el margen de seguridad de 4 semanas (OMS, 2018).



Reemplazo de AMPD por DIU Cu/DIU-LNG: puede colocarse el DIU cuando lo desee si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no está embarazada. No necesita esperar a su siguiente menstruación. No es necesario método de respaldo si se verifica que el DIU se encuentra bien ubicado.

8.2.6.4. Retraso en la aplicación

Si la persona usuaria se retrasa más de 4 semanas, debe usar un método de barrera durante los siguientes siete días o no mantener relaciones con penetración pene-vagina hasta que reciba nuevamente la inyección. En este caso, proceder como si iniciara nuevamente el método (ver 8.2.6.1. Modo de administración).

Debe tenerse en cuenta que muchas de las personas que suspendieron el método o retrasaron la aplicación, pueden no presentar menstruación por algunos meses. Por lo tanto, no es recomendable esperar hasta la siguiente menstruación para reiniciar la aplicación de la inyección, dejándola sin protección hasta que esto suceda. Debe valorarse riesgo de embarazo, y en caso de descartarlo, iniciar el método (utilizando preservativo como método de respaldo los primeros 7 días).

8.2.6.5. Seguimiento

Es probable que, al ser un método inyectable, la persona usuaria requiera del sistema de salud para cada aplicación. Se recomienda aprovechar la visita para contestar las dudas que hayan podido surgir, ayudar con cualquier problema y verificar el uso correcto del método.

Si la persona puede aplicarse el método en otro lugar que le resulte más accesible, debe considerarse entregarle tratamientos para favorecer la adherencia al método.
Se sugiere el **control de la tensión arterial anual.**

8.2.6.6. Cómo suspender el método

Si la persona usuaria desea suspender el método, simplemente no debe colocarse la siguiente aplicación.

8.2.7. Efectos secundarios

Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la persona usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método. Es importante conversar con ella sobre los posibles efectos secundarios relacionados al uso del método, ya que la mayoría disminuyen o desaparecen en los primeros meses de uso y, si bien son comunes, no siempre se presentan.
Además de brindar información, es necesario preguntar y escuchar cómo afectan estos cambios en la vida cotidiana para valorar la necesidad de tomar alguna conducta.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- *Cambios en los patrones de sangrado.* Suelen presentarse irregularidades en el patrón de sangrado durante los primeros meses (sangrado irregular, sangrado frecuente), y luego, al año generalmente, amenorrea o ausencia de sangrado. De todo esto debe informarse adecuadamente a la persona desde el principio, así como aclarar que la ausencia de sangrado no tiene implicancias clínicas. Hay personas que creen que no sangrar "es malo" o que "la sangre se acumula" en su cuerpo. Este asesoramiento puede ser la ayuda más importante para que mantenga la adherencia al método. En caso de incomodidad con la ausencia de menstruación, ofrecer cambio de método.

Si el *sangrado no es muy abundante*, puede utilizarse ácido mefenámico 500 mg hasta 3 veces por día, por 5 días o el uso de otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

Si presenta *sangrado abundante* se puede sugerir tratar con anticonceptivos combinados, superponiendo los métodos. También se puede informar a la persona sobre los beneficios de un cambio de método anticonceptivo. De tomar esta decisión puede utilizarse pastillas anticonceptivas, el primer día del sangrado y continuando por 21 días (1 comprimido/día) durante algunos ciclos y reevaluar. Para prevenir la anemia, recomendar la ingesta de alimentos con hierro; prescribir comprimidos de hierro si fuese necesario. Si continúa después de varios meses con sangrado irregular, si reaparece luego de un tiempo de sangrado normal, o si se sospecha otra causa, descartar patologías subyacentes.

Si *no puede hallarse una causa para el sangrado*, considerar la suspensión de la inyección de AMPD para facilitar el diagnóstico. Brindar otro método para que utilice hasta tanto se realice diagnóstico y tratamiento.

• *Demora en el restablecimiento de la fertilidad*. La recuperación de la fertilidad después del uso de AMPD suele ser a los 10 meses luego de la última inyección, independientemente de la duración de su uso (OMS, 2018).

• *Aumento gradual de peso*. Valorar la dieta que está llevando la persona y cuál es su actividad física.

• *Cefaleas.* Pueden utilizarse AAS, AINES u otros analgésicos. Toda cefalea que empeore o aparezca con el uso de inyectables debe ser evaluada.

• *Mareos.*

• *Distensión y molestia abdominal.* Considerar medicamentos disponibles.

• *Cambios de humor y disminución del deseo sexual.* Conversar con la persona sobre otras posibles causas que puedan estar afectándola. Si persisten los cambios, evaluar con la usuaria el cambio de método.

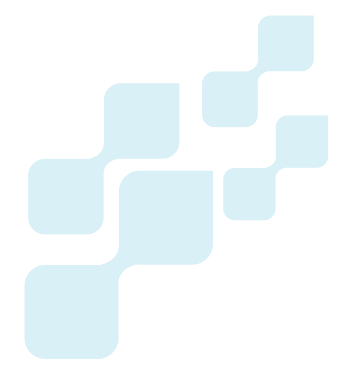
• *Pérdida de densidad ósea*[16]*.* Las investigaciones no han demostrado un aumento de las fracturas óseas. En las mujeres en edad reproductiva, la densidad ósea vuelve a aumentar cuando dejan de usar AMPD. Se recomienda una re-evaluación cada 2 años en las mujeres que desean continuar con este método, en donde se valoren riesgos, beneficios y deseos de la usuaria.

Beneficios adicionales del AMPD

• **Protección mayor del endometrio.** Es útil en el tratamiento de las hiperplasias endometriales.

• Su uso puede **disminuir las convulsiones** epilépticas.

• **Disminución del sangrado uterino.** Se lo utiliza en aquellas patologías que requieren llevar a la persona usuaria a una amenorrea, a causa de malformaciones uterinas o enfermedades hematológicas.



16. En menores de 18 años, mujeres con otros factores de riesgo de osteoporosis y en mayores de 50 se deben considerar otras opciones.



8.3. IMPLANTES SUBDÉRMICOS

Puntos clave

- ✓ Son pequeños cilindros o cápsulas flexibles que se colocan debajo de la piel en la cara interna de la parte superior del brazo de personas con capacidad de gestar.
- ✓ Es uno de los LARC, es decir métodos reversibles de larga duración, porque previenen el embarazo a largo plazo y su acción es reversible cuando se extrae.
- ✓ Una vez colocados, no requieren que la persona usuaria realice ninguna acción para lograr el efecto anticonceptivo.
- ✓ Pueden utilizarse durante la lactancia. No afectan el volumen de la leche ni su composición.
- ✓ Pueden ser usados por aquellas personas que tienen contraindicación de recibir estrógenos.
- ✓ Suelen observarse irregularidades menstruales los primeros meses e incluso amenorrea, sin importancia clínica



Es un **método anticonceptivo hormonal sólo de progestágenos** que se coloca **debajo de la piel** (subdérmico) en forma de cápsulas (o pequeños cilindros) de liberación prolongada que, según el tipo de implante, dura entre 3 y 7 años.

En Argentina se comercializa un solo tipo de implante que contiene etonorgestrel. Este MAC requiere ser colocado por un/a profesional entrenado/a. Se coloca mediante una pequeña incisión en la parte superior del brazo, con anestesia local.

Tipos de implantes

Con etonogestrel (ETG):

- Implanon®: implante de una varilla de 4cm x 2mm que contiene 68 mg etonorgestrel (3 keto desogestrel). Duración: 3 años. Único disponible en Argentina.
- Nexplanon®: es similar al Implanon.

Con levonorgestrel (LNG):

- Norplant® es un implante de 6 varillas; cada varilla contiene 36 mg de LNG (ya no se fabrica).
- Jadelle® es un implante de 2 varillas; cada varilla contiene 75 mg de LNG.
- Sino-implant (II)® es un implante de 2 varillas; cada varilla contiene 75 mg de LNG2 .

8.3.1. Mecanismo de acción

Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, además del espesamiento del moco cervical que impide el ascenso de los espermatozoides.

El implante que se comercializa en la Argentina contiene etonorgestrel 68 mg que se liberan de manera lenta y continua a la sangre. La velocidad de liberación es aproximadamente de 60-70 mcg/día en las primeras semanas y disminuye aproximadamente hasta 35-45 mcg/día al final del primer año, a 30-40 mcg/día al final del segundo año y a 25-30 mcg/día al final del tercer año, manteniendo su efectividad anticonceptiva durante 3 años.

8.3.2. Eficacia anticonceptiva

Muy eficaz durante 3 a 7 años, dependiendo del tipo de implante. El disponible en Argentina, dura 3 años.
Su efectividad es muy alta y no depende de la persona usuaria.

Con el uso del implante se producen menos de un embarazo cada 100 personas usuarias (5 cada 10.000 en un año).

8.3.3. Recuperación de la fertilidad

Una vez que se retira se recupera la fertilidad. La hormona no permanece en el cuerpo.

8.3.4. Protección contra las ITS/VIH

El implante no ofrece ninguna protección contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

8.3.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Casi todas las personas con capacidad de gestar pueden utilizar el implante de manera segura y eficaz. Al no contener estrógenos, puede ser usado por quienes no pueden usar métodos con estrógeno (por ejemplo, fumadoras independientemente de la cantidad y de la edad), y durante el post evento obstétrico inmediato, incluso si están amamantando.

Al tratarse de un método anticonceptivo reversible de larga duración y, a diferencia del DIU, tener la ventaja de no colocarse en el útero, es un MAC que suele ser aceptado y elegido por adolescentes.



No está contraindicado para personas obesas. Es categoría 2 para los criterios médicos de elegibilidad de la OMS.

El implante tiene las mismas recomendaciones de la OMS que para los AOPS (minipíldora y desogestrel). Sólo se agrega en la Categoría 3 los casos en que la persona presente sangrado vaginal de etiología desconocida antes de la evaluación.

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):*

- Cursando una Trombosis Venosa Profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta un episodio de cardiopatía isquémica o de ACV y estaba usando implantes.[17]
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando implantes.[18]
- Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años.
- Si presenta una cirrosis severa descompensada.
- Adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado.
- LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Sangrado vaginal de etiología desconocida antes de la evaluación.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* **del método** (Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS)

- Cáncer de mama actual.

Interacciones medicamentosas

Ver al final del capítulo Cuadro 8.3. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

8.3.6. Administración del método

8.3.6.1. Requisitos previos para la colocación

Previo a colocar el implante subdérmico es indispensable conversar con la usuaria para dar información completa sobre el método e identificar posibles contraindicaciones para su uso.

Como señala el estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes realizado en nuestro país[19] realizar una consejería de calidad en la que se brinde información a las personas usuarias sobre las ventajas del método así como sobre sus efectos secundarios, aumenta la confianza en el método y la percepción de su comodidad.

También es importante evaluar el mejor momento para la colocación, teniendo en cuenta que se debe priorizar no perder la oportunidad que, a la usuaria que lo desee, se le coloque el método el día que lo solicita siempre que esto sea posible. Si no es posible, diferir la colocación y programarla a la brevedad. Brindar métodos anticonceptivos (MAC) alternativos que pueda utilizar hasta la colocación del implante.

17. Una mujer con antecedente de cardiopatía isquémica o ACV puede iniciar el uso de implantes (Categoría 2 de la OMS para el inicio del método).
18. Una mujer con antecedente de cefalea con aura, independientemente de su edad, puede iniciar el uso de implantes (Categoría 2 de la OMS para el inicio del método).
19. DSSyR. Estudio de Seguimiento y Adherencia al Implante Subdérmico en Adolescentes y Jóvenes en la Argentina. 2018.

No se requiere que la usuaria firme ni la historia clínica ni un consentimiento informado. Para colocarse el implante, como cualquier otro MAC reversible, el consentimiento informado se brinda en forma oral. La/el profesional de la salud debe dejar constancia en la historia clínica que se brindó la información y el asesoramiento correspondiente y que la usuaria eligió este método.

En el caso de adolescentes (mayores de 13 años) pueden acceder en forma autónoma al implante ya que, como el resto de los MAC reversibles, no implican un riesgo grave para la salud.[20]

Solicitud de estudios
Se recomienda el *control de la tensión arterial* antes de iniciar el método. Sin embargo, no debe negarse el acceso a este método en el caso de que por algún motivo no pueda medirse la presión arterial. Para la colocación del implante no son requisitos previos los exámenes pélvico y mamario, análisis de sangre, Papanicolaou. El control ginecológico se podrá efectuar en el momento de la consulta o posteriormente si en ese momento no puede realizarse o la persona no lo desea.

Asesoramiento de la usuaria
Como indica el Estudio de seguimiento y adherencia al implante en adolescentes y jóvenes en la Argentina (DSSyR, 2018), al igual que en la evidencia internacional, los efectos secundarios constituyen los principales motivos de retiro del implante, principalmente los relacionados al sangrado menstrual, tanto la ausencia como el aumento del mismo, el aumento de peso y la cefalea.

Es fundamental brindar un adecuado asesoramiento sobre estos temas, antes de la colocación del dispositivo, para favorecer la continuidad de su uso.

Es importante trabajar con la usuaria sobre ventajas, desventajas, posibles complicaciones, eventuales efectos y alternativas para permitir una toma de decisiones informada.

En la consejería:

- Explicar que es un método de larga duración, ideal para aquellas personas que no planean un embarazo en los próximos años y buscan un método anticonceptivo duradero.

- Explicar que el efecto del implante cesa una vez que se retira. Sus hormonas no permanecen en el cuerpo. Y se recupera la fertilidad en forma inmediata.

- Explicar que el implante no se mueve a otras partes del cuerpo si fue correctamente colocado.

- Describir los efectos secundarios más frecuentes: cambios en el patrón de sangrado (sangrado irregular, amenorrea). Aclarar que los cambios del sangrado no son signos de enfermedad y que estos efectos secundarios suelen disminuir después de los primeros meses de colocación aunque que también pueden continuar.

- Explicar en qué consiste el procedimiento de colocación, cuánto tiempo va a durar y los cuidados inmediatos.

- Informar sobre que es posible que sienta alguna molestia durante la colocación, pero que para la mayoría de las usuarias resulta un procedimiento completamente tolerable.

- Explicar a la usuaria la necesidad de consultar ante la presencia de determinados síntomas que pueden advertir una complicación: enrojecimiento de la piel, aumento de la temperatura, dolor en la zona de la colocación (ya que pueden ser signos de infección), o si se observa que el implante se está saliendo por la incisión.

- Dar espacio a preguntas. Despejar dudas.

- Facilitar que pueda concurrir a nuevas consultas.

20. Para más información ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud.



8.3.6.2. Momento de la inserción del implante subdérmico

Las buenas prácticas para la inserción de métodos LARC[21] recomiendan:

1. Proporcionar métodos LARC el mismo día que se solicite, siempre que sea posible, si se tiene certeza razonable de que no hay embarazo.
2. Ofrecer métodos LARC en el momento del parto o aborto.

Por lo general, **puede colocarse el implante en cualquier momento del ciclo si existe una razonable certeza de que no hay embarazo.** Hacerlo en los primeros días del ciclo, brinda seguridad de que no hay embarazo y a la vez, de que no se requerirá de un método de respaldo para evitar un embarazo hasta que el método colocado sea efectivo. Sin embargo, es muy importante valorar la situación individual de cada persona y las posibilidades concretas de concurrir nuevamente al centro de salud.

- **Durante la menstruación** (colocación dentro de los 5 días del ciclo)
  - ✓ No se requiere método de respaldo.

- **Durante el resto del ciclo**
  - ✓ En cualquier momento si existe razonable certeza de que la persona no está embarazada.
  - ✓ Agregar método de respaldo por 7 días.

- **Cambio desde otro método**
  - ✓ Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no está embarazada.
  - ✓ No necesita esperar a su siguiente menstruación.
  - ✓ Agregar método de respaldo por 7 días.
  - ✓ En el caso de que la persona haya estado usando anticonceptivos inyectables: se recomienda colocar el implante cuando tenía que aplicarse la siguiente inyección. No se requiere método adicional.

- **Puerperio –Lactancia**
  - ✓ Menos de 6 semanas: Inmediatamente
  - ✓ 6 semanas a 6 meses y con amenorrea: colocar si la mujer se encuentra con lactancia exclusiva o casi exclusiva, o si hay certeza de no embarazo
  - ✓ Más de 6 semanas y con ciclos menstruales: colocar como se indica en mujeres con ciclos menstruales

- **Post aborto**
  - ✓ Aborto del 1° y 2° trimestre, con o sin infección: inmediatamente.
  - ✓ Si pasaron más de 12 días, se puede colocar en cualquier momento si existe una razonable certeza de que la usuaria no está embarazada.

8.3.6.3. Inserción del implante subdérmico

Tanto la inserción como la extracción del implante debe realizarla un/a **profesional específicamente entrenado**. Se utiliza anestesia local, y demora unos pocos minutos.
Se coloca de manera **subdérmica en el brazo no dominante** y la técnica para hacerlo depende del tipo de implante. Una vez colocado, el implante en general **no se desplaza** de su lugar a otras partes del cuerpo.
Una colocación adecuada es el paso fundamental para la prevención de las complicaciones.

Durante el procedimiento
- Ir explicando a la usuaria lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilizarla.
- Alertarla previamente a un paso que pueda causarle dolor o que pueda sorprenderla.
- Cada tanto, preguntarle si siente dolor.

Técnica de colocación
El implante disponible actualmente en la Argentina se presenta precargado en un aplicador estéril desechable, que está diseñado

21. Los métodos LARC incluyen: implante subdérmico, DIU con cobre y con levonorgestrel. Ver Capítulo 4, Métodos anticonceptivos (MAC)- Generalidades.



para ser manejado con una mano y facilitar la correcta inserción del implante por vía subcutánea.

El implante debe ser insertado por vía subdérmica justo bajo la piel, en la cara interna de la parte superior del brazo **evitando el canal (surco) entre los músculos bíceps y tríceps** donde se encuentran los grandes vasos sanguíneos y los nervios del haz neurovascular más profundo en el tejido subcutáneo. La inserción debe realizarse en condiciones asépticas.

Debe ser posible palpar el implante bajo la piel después de su colocación. Un implante insertado a mayor profundidad que la capa subdérmica (inserción profunda) puede no ser palpable y dificultar su localización y/o extracción.

Se recomienda que el/la profesional sanitario esté sentado durante todo el procedimiento de inserción, de forma que el lugar de inserción y el movimiento de la aguja puedan verse con claridad desde el lateral.

Pasos

1. Solicitar a la persona usuaria *que se recueste de espaldas* sobre la camilla con su brazo no dominante flexionado a la altura del codo y rotado externamente de manera que la muñeca esté en paralelo a la oreja o la mano colocada al lado de la cabeza.

2. *Identificar el lugar de inserción:* cara interna de la parte superior del brazo no dominante, a unos 8-10 cm por encima del epicóndilo medio del húmero, evitando el canal (surco) entre los músculos bíceps y tríceps donde se encuentran los grandes vasos sanguíneos y los nervios del haz neurovascular más profundo en el tejido subcutáneo.

3. *Hacer dos marcas:* 1. Marcar un punto donde se insertará el implante, y 2. Marcar un punto a pocos centímetros proximales de la primera marca, que servirá como guía de orientación durante el proceso de inserción.

4. *Limpiar el lugar de inserción* con una solución antiséptica, evaluando la necesidad de realizar un doble proceso de antisepsia.

5. *Anestesiar el lugar de inserción* (por ejemplo, mediante la inyección de 2 ml de lidocaína 1 % justo debajo de la piel a lo largo del canal de inserción previsto).

6. *Extraer del blíster el aplicador* estéril precargado desechable del implante. No utilizar el aplicador si se duda de la esterilidad del mismo.

7. Con una mano sostener el aplicador desde la superficie granulada y *quitar el tapón transparente de protección de la aguja deslizándolo horizontalmente hacia adelante.* Se puede ver el color blanco del implante examinando la punta de la aguja. No tocar el gatillo hasta que haya insertado plenamente la aguja por vía subdérmica, para evitar retraer la aguja y liberar prematuramente el implante del aplicador.

8. Con la mano que tiene libre, *estirar la piel alrededor del lugar* de inserción con el pulgar y el dedo índice.

9. *Pinchar la piel ligeramente con la punta de la aguja* en un ángulo menor de 30 °. Bajar el aplicador a una posición horizontal. Mientras que con la punta de la aguja se levanta la piel, deslizar la aguja en toda su longitud. Es posible sentir una ligera resistencia, pero no ejercer una fuerza excesiva. Si la aguja no se inserta en toda su longitud, el implante no estará correctamente insertado. Se recomienda estar sentado mirando lateralmente el aplicador y no desde arriba, de manera de poder ver mejor el movimiento de la aguja y si se ha insertado justo bajo la piel.

10. Durante el siguiente paso, es importante mantener el aplicador en la misma posición con la aguja insertada en toda su longitud, de ser necesario utilizar la mano libre para mantener el aplicador en la misma posición. *Desbloquear el gatillo empujándolo ligeramente hacia abajo y luego deslizarlo completamente hacia atrás hasta que se detenga.* De esta manera el implante pasará a su posición subdérmica final y la aguja quedará bloqueada



dentro del cuerpo del aplicador. Si el aplicador no se mantiene en la misma posición durante este proceso o si el gatillo no se desliza completamente hacia atrás, el implante no estará insertado correctamente.

11. *Retirar el aplicador.*

12. Verificar siempre mediante una palpación la presencia del implante en el brazo de la persona usuaria inmediatamente después de la inserción. Palpando ambos extremos del implante, debe ser capaz de c*onfirmar la presencia de la varilla* de 4 cm.

13. Solicitar a la persona usuaria que palpe el implante.

14. *Limpiar nuevamente la zona y aplicar una gasa estéril con un vendaje compresivo* para reducir al mínimo la posibilidad de hematoma. Mantener la zona cubierta por lo menos 24 horas.

15. El aplicador es de un sólo uso y debe desecharse adecuadamente según la normativa para la manipulación de residuos biológicos peligrosos.

16. *Completar la tarjeta de la persona usuaria y entregársela* y realizar los registros según corresponda.

Profilaxis antibiótica

No es necesaria la profilaxis antibiótica para la colocación del implante subdérmico.

8.3.6.4. Eventos relacionados con la inserción del implante

Las complicaciones debidas a la inserción y extracción de los implantes anticonceptivos son raras. Pueden incluir dolor, parestesia, sangrado, moretones, infecciones y cicatrices.

Implante no palpable en el momento de la colocación
Si no puede palpar el implante o cuando su presencia sea dudosa, puede que el implante no haya sido insertado o puede que haya sido insertado profundamente.

Si luego del momento de aplicación, no se palpa el implante, se debe revisar el aplicador: la aguja debe estar completamente retraída.

Si el implante se inserta profundamente, pueden producirse daños neurológicos o vasculares. Los casos de inserciones profundas o incorrectas se han relacionado con parestesia (por daño neurológico) y desplazamiento del implante (a causa de la inserción intramuscular o en la fascia), y en raros casos con inserción intravascular. Si se sospecha que se ha insertado el implante profundamente debe actuarse como se indica en el apartado.

Infección
Generalmente, una buena técnica antiséptica y cubrir el sitio de inserción o extracción con un vendaje estéril impide la infección.

Si la persona presenta signos o síntomas de infección en los primeros días después de la inserción o remoción del implante, debe descartarse la infección de la piel. La causa más común de infección es la flora normal de la piel, por lo tanto, si se requieren antibióticos deben cubrir grampositivos de la piel. Si la infección no se resuelve, puede ser necesario quitar el implante.

Hematomas
Los hematomas leves después de la colocación del implante son comunes. Rara vez se desarrolla un hematoma grande. Aplicar gasa estéril con un vendaje compresivo durante 24 horas puede minimizar esta complicación. Las molestias causadas por los hematomas pueden aliviarse con hielo y medicamentos antiinflamatorios.

8.3.6.5. Control post inserción. Seguimiento

Es importante **brindar pautas de alarma** sobre signos de infección (como enrojecimiento, aumento de temperatura local o general, edema o dolor) en el sitio de inserción del implante, y explicar la importancia de realizar una consulta si esto ocurriera o si observara que el cilindro está saliendo por el orificio de inserción.

Se recomienda pactar con la persona usuaria una nueva visita luego de algunos meses de usar el implante, para trabajar sobre las dudas que surjan. El método en sí mismo no necesita controles.

Es importante recordarle el tiempo de duración del implante para que regrese antes de que comience a perder eficacia. Allí se pautará la extracción y, si lo desea, la sustitución o cambio a otro método.

También debe recomendarse que consulte si no puede palpar el implante o si impresiona que ha cambiado de forma, si observa cambios en la piel o dolor alrededor del sitio del implante, si se embaraza, o si desarrolla alguna condición que pueda implicar una contraindicación para el uso del implante.

También si aumenta mucho de peso, ya que **el aumento de la masa corporal puede afectar la duración del implante.**

8.3.6.6. Cómo suspender el método. Extracción del implante

La extracción suele ser un procedimiento sencillo. Puede hacerse al final de la vida útil del implante o a pedido de la persona usuaria.

> *La persona usuaria puede solicitar que se le retire el implante en cualquier momento que lo desee y este debe ser extraído.*

Previo a la extracción

- Explicar en qué consiste el procedimiento de extracción, y cuáles son los cuidados inmediatos.
- Informar que es posible que sienta alguna molestia pero que para la mayoría de las personas usuarias resulta un procedimiento completamente tolerable.

Durante el procedimiento

- Ir explicándole a la usuaria lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilizarla.
- Alertarla previamente a un paso que pueda causarle dolor o que pueda sorprenderla.
- Cada tanto, preguntarle si siente dolor.

Técnica de extracción

La retirada del implante sólo debe realizarse en condiciones asépticas, por un/a profesional sanitario, se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Verificar mediante palpación la *localización exacta del implante* en el brazo y marcar el extremo distal (extremo más cercano al codo).

2. *Limpiar* el lugar donde se realizará la incisión con antiséptico.

3. *Anestesiar el brazo,* por ejemplo, con 0,5 a 1 ml de lidocaína 1% en la zona marcada para la incisión. Inyectar la anestesia local por debajo de la zona donde se encuentra el implante con el fin de mantenerlo cerca de la superficie de la piel.

4. *Empujar* hacia abajo el extremo proximal del implante para estabilizarlo; puede sobresalir una protuberancia que indica el extremo distal del implante.

5. Comenzando en la punta distal del implante, *hacer una incisión* longitudinal de 2 mm hacia el codo.



6. *Empujar suavemente el implante hacia la incisión* hasta que la punta sea visible.

7. *Sujetar el implante* preferentemente con pinzas curvas de mosquito y extraiga el implante.

8. Si el implante está encapsulado, hacer una incisión en la vaina de tejido y extraer el implante con las pinzas

9. Si la punta del implante no se hace visible tras la incisión, insertar suavemente una pinza en la incisión. Girar la pinza hacia su otra mano. Con un segundo par de pinzas diseccionar cuidadosamente el tejido alrededor del implante, sujetarlo y extraer entonces el implante.

10. *Confirmar que se ha extraído la varilla completa,* de 4 cm de largo, mediante la medición de la longitud.

11. Una vez extraído el implante, *cerrar la incisión* con esteritrips o con un punto y aplicar una venda adhesiva. Mantener la zona cubierta al menos por 24 horas.

12. *Aplicar un vendaje compresivo* con una gasa estéril para prevenir la aparición de hematomas.

8.3.6.7. Reinserción

Tras la extracción del implante, la inserción inmediata de un nuevo implante mantendrá una protección anticonceptiva continuada. Si la persona usuaria no desea continuar utilizando el implante, pero quiere continuar con la prevención del embarazo, realizar consejería para que pueda elegir otro método anticonceptivo.

Si desea continuar usando implante, se puede insertar un nuevo implante inmediatamente después de la extracción del anterior usando la misma incisión. Se sugiere usar otro camino o canal subdérmico adyacente al anterior. Si el implante anterior estaba mal colocado, se sugiere utilizar un nuevo lugar.

Si el cambio se hizo a los tres años o antes de la inserción, no se requiere método adicional.

8.3.7. Efectos secundarios

Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método. Es importante conversar con ella sobre los posibles efectos secundarios relacionados al uso del método, ya que la mayoría disminuye o desaparece en los primeros meses de uso y, si bien son comunes, no todas las mujeres los presentan.

Además de brindar información, es necesario preguntar y escuchar cómo afectan estos cambios en la vida cotidiana de la usuaria para valorar la necesidad de tomar alguna conducta.

- *Alteraciones del sangrado.* Son comunes, pero no son perjudiciales para la salud.

Pueden consistir en un **patrón de sangrado irregular** (ausencia, disminución, sangrados más frecuentes o continuos) y **cambios en la intensidad del sangrado** (disminución o aumento), o en la duración. Una de cada 5 personas usuarias del implante experimenta amenorrea mientras que otra de cada 5 presenta sangrado frecuente y/o prolongado. El patrón de sangrado durante los tres primeros meses generalmente permite predecir el futuro patrón de sangrado. Lo más frecuente es que presenten sangrado irregular, que suele ser más prolongado durante el primer año y luego, se hace más regular o infrecuente, llegando incluso a la amenorrea.

Cuando el sangrado es muy prolongado o molesto, puede intentarse tratamiento con AINES (ibuprofeno 600 mg cada 8 hs por 5 días; ácido mefenámico 500 mg cada 12 hs por 5 días), ACO de baja dosis (si es posible de acuerdo a los CME) cíclicos durante 2 a 3 ciclos, noretisterona 5 mg cada 12 hs por 20 días durante 2 a 3 ciclos, estrógenos (parches o comprimidos),

doxiciclina: 100 mg c/12 hs/5 días, azitromicina: 500mg/día/5 días.

Si una persona usuaria del implante presenta de manera repentina una **hemorragia uterina anormal,** debe ser evaluada de forma similar a aquellas que no se encuentran utilizando este método y los diagnósticos diferenciales son los mismos, incluyendo embarazo y la neoplasia ginecológica. Por otro lado, debido a que muchas usuarias de implante son mujeres jóvenes, es posible esperar sangrado irregular e impredecible durante todo el tiempo de uso del método, lo cual no necesariamente requerirá una evaluación adicional.

- *Cefaleas.*
- *Depresión.*
- *Acné* (puede mejorar o empeorar).
- *Variaciones de peso.*
- *Tensión mamaria.*
- *Mareos.*
- *Cambios de humor.*
- *Náuseas.*

8.3.7.1. Complicaciones

Son infrecuentes. Puede presentarse infección en el sitio de inserción en los dos primeros meses. También, dificultad en la remoción, que disminuye si la colocación y la extracción la realiza personal entrenado.

Implante no palpable
Siempre que un implante no sea palpable, se debe excluir el embarazo y recomendar el uso de un método anticonceptivo de respaldo hasta que se confirme la presencia del implante. En caso de corresponder, recomendar anticoncepción de emergencia.
La inclusión de bario en el implante permite *localizarlo fácilmente mediante una radiografía.* También puede observarse mediante ecografía.

Cuando el implante no es palpable, no se debe intentar la extracción hasta que se determine la localización del mismo. Si la persona usuaria presenta un implante profundo, incluso si está insertado muy profundamente en el músculo o cercano a un paquete vasculonervioso, *debe ser extraído quirúrgicamente por un profesional con manejo anatómico del miembro superior.*

Cuando los estudios radiológicos son negativos o equívocos, se puede *obtener un nivel de etonogestrel sérico* para demostrar que el implante está in situ. Si el análisis de suero es negativo para etonogestrel, entonces no hay implante presente en el cuerpo.

La cirugía exploratoria sin el conocimiento previo de la ubicación exacta del implante está totalmente desaconsejada.

Rotura del implante o implante doblado in situ
Se han notificado casos de rotura de los implantes o de implantes doblados mientras éste se encontraba inserto. Basándose en datos in vitro, cuando el implante está roto o doblado, la velocidad de liberación de etonogestrel puede aumentar ligeramente. No se espera que este cambio tenga efectos clínicamente significativos. Cuando se extraiga un implante, es importante extraerlo completamente.

Embarazo
El riesgo de embarazo en personas usuarias de implantes anticonceptivos es muy bajo (menos del 1%).
Si la persona desea continuar con el embarazo, el implante debe ser removido y debe informarse que el implante no produce malformaciones.



Cuadro 8.3. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos.** Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

	AOPS	AMPD	Implante
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa	1	1	1
Inhibidores NO nucleósidos de la transcriptasa reversa	2	1	2*
Inhibidores de la proteasa	2	1	2
Anticonvulsivantes (fenitoína, carbamacepina, barbitúricos, primidona, topiramato)	3	1	2*
Lamotrigina	1	1	1
Antibióticos de amplio espectro	1	1	1
Antifúngicos	1	1	1
Antiparasitarios	1	1	1
Rifampicina y rifabutina	3	1	2*

*Estudios farmacocinéticos sugieren interacciones farmacológicas entre el implante subdérmico y algunas drogas que se utilizan en la terapia antirretroviral para el VIH, algunos anticonvulsivantes y antibióticos específicos que se indican generalmente en el tratamiento para la tuberculosis. Estas interacciones pueden reducir la efectividad anticonceptiva y deberán tenerse en cuenta en el uso prolongado con estos medicamentos. Se sugiere sumar el uso del preservativo ante estas situaciones.

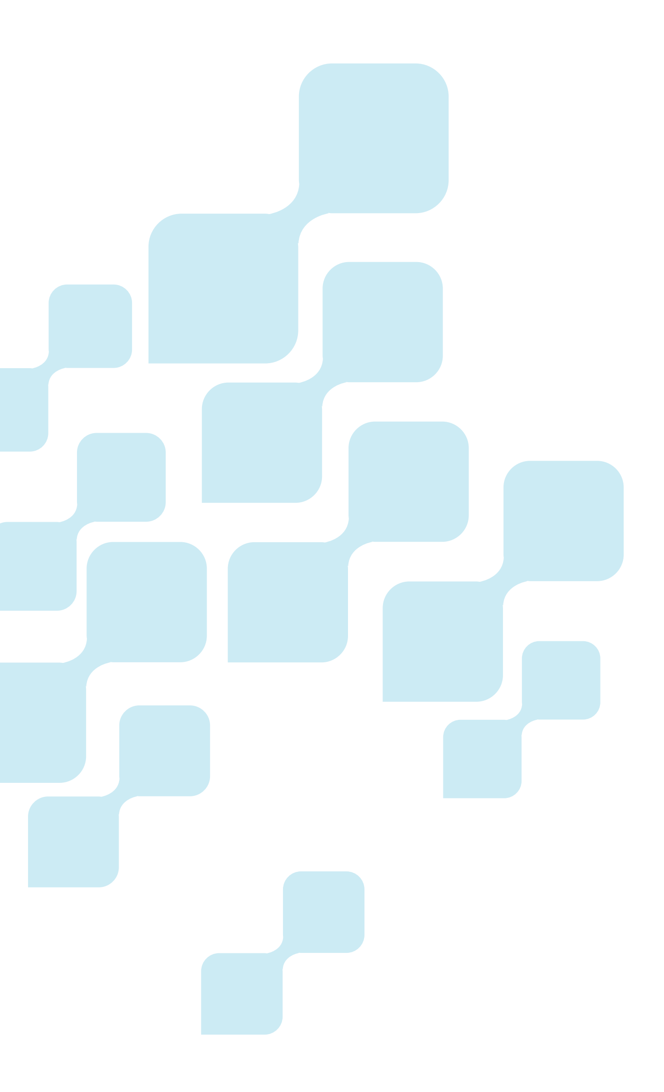
** Para más información sobre interacciones con drogas antirretrovirales, ver Cuadro 16.1.

Capítulo 9
Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

Puntos clave

- ✓ Se conoce también como "pastilla anticonceptiva de emergencia", "píldora o pastilla del día después" o "píldora poscoital".
- ✓ El mecanismo de acción es la anovulación.
- ✓ Cuanto antes se tome la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), mayor será su efectividad.
- ✓ No tiene contraindicaciones. No presenta riesgos para la salud ni riesgo de sobredosis.
- ✓ En caso de que el embarazo ya se haya producido, la AHE no lo interrumpe, es decir que no provoca un aborto, ni afecta al embrión.
- ✓ La mejora del acceso no influye en que las personas lo usen reiteradamente.
- ✓ Las personas con discapacidad tienen el mismo derecho de acceso a la AHE que todas las personas.
- ✓ No previene el VIH ni otras ITS.
- ✓ La anticoncepción de emergencia contribuye a reducir la mortalidad y morbilidad materna causada por abortos inseguros.





9.1. CARACTERÍSTICAS

Toda persona en edad fértil podría necesitar **anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)** en algún momento de su vida para evitar un embarazo luego de una relación sexual sin protección. La AHE ofrece a las personas una importante segunda oportunidad para prevenir el embarazo. Además, el acceso a AHE reduce la mortalidad y morbilidad materna causada por abortos inseguros.

La AHE es un método hormonal de progestágeno (levonorgestrel) para ser utilizado en forma posterior a una relación sexual sin protección o ante una falla del método anticonceptivo. Es la última alternativa anticonceptiva para evitar un embarazo, es por eso que se llama anticoncepción de emergencia. Es efectiva, segura y simple de usar.

La anticoncepción hormonal de emergencia, existe en nuestro país en dos posibles presentaciones:

- Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg. por un comprimido.
- Levonorgestrel (LNG) 0,75 mg. por dos comprimidos.

Otros métodos de anticoncepción de emergencia son:

- ✓ La píldora anticonceptiva de emergencia con acetato de ulipristal: (AUP): Dosis única: 1 comprimido de 30 mg. No se encuentra disponible en nuestro país.
- ✓ El DIU de cobre como anticoncepción de emergencia: la OMS recomienda su colocación dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual sin protección[1].

9.1.1. Mecanismo de acción

El principal mecanismo anticonceptivo de la AHE de LNG es **bloquear o alterar la ovulación**. Según estudios científicos disponibles, el levonorgestrel administrado en dosis única de 1,5 mg o en dos dosis de 0,75 mg dentro de las 12 horas, impide o retarda la ovulación mediante la inhibición del pico preovulatorio de hormona luteinizante (LH), impidiendo de esta manera la maduración y liberación del óvulo.

1. "El DIU-Cu es un método de AE eficaz que reduce el riesgo de embarazo en más de un 99 % si se coloca antes de que transcurran 120 horas después del coito" (OMS, 2018).



Además puede evitar que el espermatozoide y el óvulo se encuentren al afectar el moco cervical y la motilidad y/o la capacidad de los espermatozoides para unirse al óvulo. Estos dos mecanismos, anovulación (principalmente) y espesamiento del moco cervical, contribuyen a impedir el encuentro óvulo-espermatozoide, evitando así la fecundación.

Si se toma luego del pico de LH (o sea, el día de la ovulación o después de la misma), no evita el embarazo: la AHE de LNG no puede impedir ni interferir con la implantación de un óvulo fecundado. Tampoco afecta significativamente el grosor del endometrio y, en caso de producirse el embarazo, no afecta el desarrollo del mismo. [2]

9.1.2. Eficacia anticonceptiva

La eficacia depende del momento del ciclo en que se utilice y del tiempo transcurrido desde la relación sexual no protegida. Si se toma dentro de las primeras 12 horas, la eficacia de la AHE es del 95 % y ésta disminuye progresivamente con los días. Cuando ya han pasado entre 49 y 72 horas de la relación sexual, la efectividad es del 58 %. Puede tomarse hasta dentro de las 120 horas.

En personas con obesidad la AHE puede ser menos efectiva, por lo que se recomienda que en personas con un índice de masa corporal (IMC) ≥30 kg/m2 se use una doble dosis de AHE de LNG[3].

El uso de Efavirenz (ARV, inhibidor no nucleósido de la trascriptasa reversa) puede disminuir significativamente la concentración de progestágenos y probablemente la eficacia anticonceptiva de la AHE. Por eso es necesario emplear una dosis única de 3 mg de LNG.

Cuanto más cercana a la relación sexual sin protección se administre la AHE, es mayor su eficacia anticonceptiva. Por lo tanto, cuanto antes se tome, mejor.

9.1.3. Recuperación de la fertilidad

Sólo protege o disminuye la posibilidad de embarazo para la relación sexual cercana a la toma. A partir del día siguiente a la toma de la AHE, la posibilidad de embarazo es la misma que sin protección anticonceptiva.

9.1.4. Protección contra el VIH y otras ITS

La AHE no ofrece ninguna protección contra el VIH y otras ITS. En caso de relaciones sin protección se sugiere ofrecer en forma rutinaria el testeo basal para VIH (previo consentimiento informado) y otras ITS (incluyendo sífilis, hepatitis B, hepatitis C).

Contemplar además, según la situación, la administración de Profilaxis Post Exposición (PEP) para VIH y para otras ITS. El tiempo es central para la PEP. Su uso no está indicado luego de las 72 horas de la exposición.
Para más información ver apartado 6.1.7.1. Profilaxis Post Exposición para VIH (PEP).

9.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

La AHE puede ser tomada sin riesgos, sin importar la edad, incluso por las personas que no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante, ya que la dosis de hormonas de la pastilla es relativamente pequeña y se utiliza por un corto tiempo.

2. Para mayor información consultar: Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergenciahttps://www.cecinfo.org/ ; OMS: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception y AMADA: http://www.amada.org.ar/PDF/anticoncepcion_hormonal_emergencia.pdf
3. Para más información ver: http://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2019/03/ICEC-FIGO-Resumen-clinico_2018-1.pdf



No es necesario realizar examen físico ni análisis de laboratorio previamente.

Personas obesas y personas con TARV con Efivarenz pueden utilizar el método pero deben ajustar dosis. Ver punto 9.1.2 Eficacia anticonceptiva.

Criterios de elegibilidad de la OMS:
De acuerdo a los *Criterios de elegibilidad de la OMS*, no hay ninguna condición clínica en la cual los riesgos de utilizar la AHE superen los beneficios de su uso. Por ello le otorga Categoría 1, lo que significa que **no hay ninguna contraindicación para su uso**. Pueden usarla, incluso, las personas con capacidad de gestar que no pueden recibir anticonceptivos hormonales en forma continua. También por fumadoras, con angina de pecho, migraña o enfermedad hepática severa.

No debe usarse la AHE si existe un embarazo confirmado.
Sin embargo, la AHE puede suministrarse cuando no hay certeza sobre un embarazo y no es posible realizar una prueba para confirmarlo, ya que hay suficiente evidencia de que no tiene ningún efecto en el embarazo ni altera su curso, no produce malformaciones congénitas ni altera el peso al nacer.[4]

9.2. SITUACIONES EN LAS QUE SE RECOMIENDA EL USO DE AHE

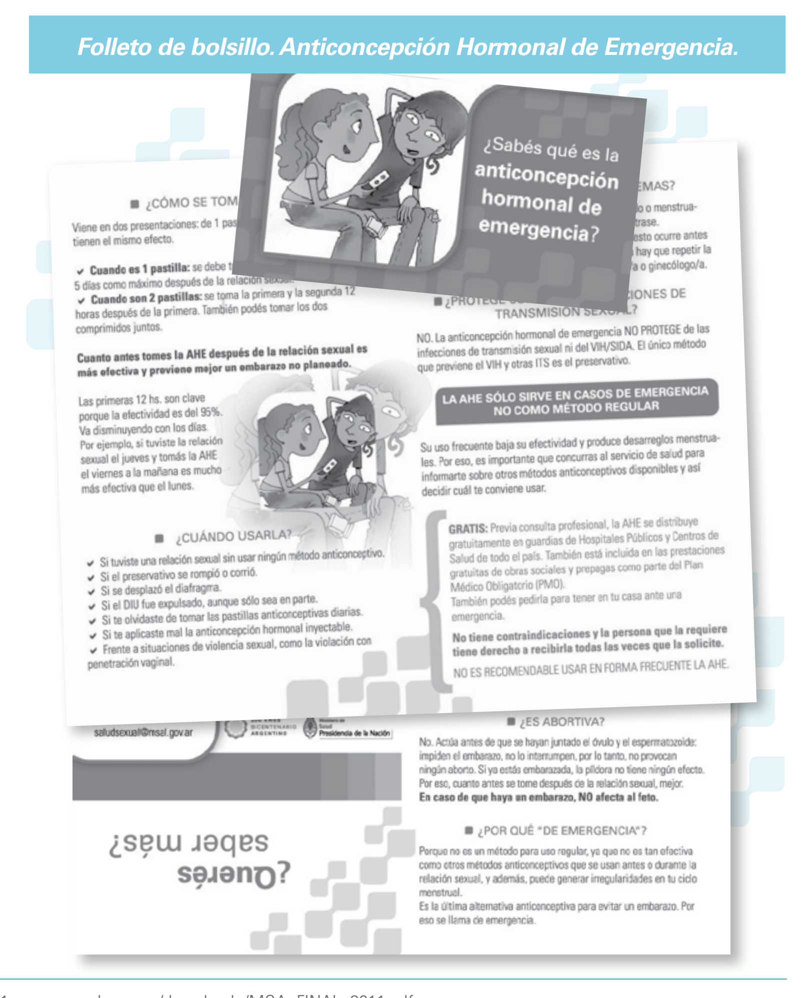
La anticoncepción hormonal de emergencia está recomendada en las siguientes situaciones:

1. Ante una relación sexual *sin protección.*

2. Ante un *uso incorrecto o accidente* con otro método anticonceptivo: falla del preservativo (se salió, deslizó o rompió); si se desplazó el diafragma; uso incorrecto de un método anticonceptivo basado en el conocimiento de la fertilidad; olvido de la toma de las pastillas anticonceptivas[5]; expulsión de DIU; atraso en la colocación de la anticoncepción inyectable.[6]

3. Ante una *violación*, si la persona no estaba usando algún método regularmente.[7]

Folleto de bolsillo. Anticoncepción Hormonal de Emergencia.



4. Mecanismo de acción AHE de LNG. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Marzo, 2011. www.amada.org.ar/downloads/MOA_FINAL_2011.pdf
5. Ver apartados 7.1.6.5. y 8.1.6.4 sobre olvido de la toma en los capítulos 7 y 8.
6. Ver apartados 7.2.6.4. y 8.2.6.4 sobre retraso en la aplicación en los capítulos 7 y 8.
7. Ver: Protocolo de Atención de la Salud a Personas Víctimas de Violaciones Sexuales de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.



CONSEJERÍA FRENTE AL USO REITERADO DE AHE

Si bien la consejería no es una condición para la toma de AHE y puede tomarse las veces que sea necesaria, es importante brindar información sobre la no conveniencia de adoptarla como método habitual. La eficacia anticonceptiva está relacionada sólo a esa relación sexual y el uso frecuente puede ocasionar irregularidades del ciclo menstrual que, aunque no tienen valor patológico, pueden ser molestas para la vida cotidiana y dificultar el adecuado seguimiento de algunos métodos. Asimismo, su nivel de efectividad es menor que el de los métodos anticonceptivos de uso habitual.

El uso frecuente de la AHE, cuando está utilizándose otro método anticonceptivo, requiere de nuevas conversaciones sobre las dificultades que la persona usuaria puede tener con el método de uso regular. Muchas veces estas dificultades son las que llevan a recurrir a la AHE. Es necesario dar lugar a la repregunta sobre si es posible o conveniente cambiar a otro método con el que la persona se sienta más cómoda para sostener en el tiempo.

Tras la administración de AHE, se puede reanudar el uso del método anticonceptivo o comenzar a usar cualquier anticonceptivo de inmediato, incluido el DIU de cobre.

9.3. ADMINISTRACIÓN DE AHE

Existen tres formas de administración de AHE:

• **Levonorgestrel de 1,5 mg en una dosis única** (se recomienda esta dosis por ser la más eficaz, ya que disminuye el riesgo de olvido y tiene menos efectos secundarios).

• **Levonorgestrel de 0,75 mg en dos dosis** (un comprimido cada 12 horas o los dos comprimidos juntos).

• En caso de no disponer de AHE, también puede lograrse la dosis de levonorgestrel con la **Minipíldora** (levonorgestrel 0,03mg): deben tomarse 25 comprimidos cada 12 horas en dos tomas (total: 50 comprimidos), es decir, 1,5 mg de levonorgestrel.



Consideraciones particulares para el equipo de salud sobre AHE:

Las acciones que facilitan la accesibilidad a la AHE suelen enfrentar a las y los profesionales con algunas disyuntivas en relación a las pautas de cuidado que es conveniente trabajar dentro del equipo de salud, a saber:

• Muchas veces se teme que dar información o hacer accesible el uso de la AHE estimule que las personas realicen prácticas sexuales sin cuidado, sobre todo cuando son adolescentes. Hay evidencia en trabajos realizados en distintos países, tanto en población adulta como en adolescentes, que demuestran que f**acilitar el uso de AHE no altera la conducta sexual ni las prácticas de cuidado de las personas.**[8] Es decir, no produce descuido en el uso del método utilizado habitualmente, ni atenta contra las estrategias de cuidado de las personas.

• También suele existir el temor de que la información brindada aliente el uso reiterado de la AHE en desmedro de métodos anticonceptivos de uso regular, y que las personas que accedieron a esa información no adopten pautas de cuidado con responsabilidad. En este sentido, la misma evidencia demuestra que **dar la información sobre AHE no modifica de forma negativa el uso de otros métodos.**

• Es importante tener en cuenta que en el trabajo con personas en situaciones de alta vulnerabilidad por distintas razones (violencia intrafamiliar, consumo problemático de drogas, personas en situación de calle u otras situaciones de vulnerabilidad social) suele ser necesario implementar estrategias especiales de adherencia a métodos de cuidado. En estos casos **restringir el acceso a la AHE puede empeorar la situación de vulnerabilidad.**

• Es central tener en cuenta que, si bien muchas veces las demandas de las personas no se ajustan a la modalidad de cuidado que en general se espera desde el equipo de salud, facilitar información clara, precisa y oportuna, así como el acceso a la AHE, puede **reducir riesgos y daños en situaciones donde hay mucha dificultad para el cuidado.**

9.3.1. Método Yuzpe para lograr anticoncepción de emergencia

Si no se cuenta con la anticoncepción hormonal de emergencia, o con la cantidad necesaria de Minipíldoras para realizarla, se puede recurrir **al Método Yuzpe**, que consiste en tomar pastillas anticonceptivas combinadas (ACO) en una cantidad y frecuencia mayor a la utilizada para lograr el efecto anticonceptivo normal.

Cuadro 9.1. Método Yuzpe

Anticonceptivo oral	Dosis
30 µg etinilestradiol (0,03 mg)	4 comprimidos cada 12 hs. (2 tomas) Total: 8 comprimidos
20 µg etinilestradiol (0,02 mg)	5 comprimidos cada 12 hs. (2 tomas) Total: 10 comprimidos
15 µg etinilestradiol (0,015 mg)	7 comprimidos cada 12 hs. (2 tomas) Total: 14 comprimidos

8. Ver: J. Pediatr Adolesc Gynecol (2005) 18:347-354 Advance Supply of Emergency contracption: A randomized Trial in adolescent Mothers Belzer, M; Sancez, K.; Olson J.; Jacobs A. Y: J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010 Sep 22. [Epub ahead of print] Advance Provision of E C among adolescent and Young Adult Women: A Systematic Review of Literature. Meyer JL, Gold MA, Haggerty CL.



Si bien se ha comprobado que la AHE de LNG es más eficaz que las pastillas combinadas de LNG + etinilestradiol (EE) para la anticoncepción de emergencia y que, a su vez, tiene considerablemente menos efectos secundarios, es conveniente tener presente la opción del método Yuzpe en caso de que no se disponga de AHE de LNG o de Minipíldora en la dosis necesaria para anticoncepción de emergencia.

9.3.2. Importancia de tomar la AHE en el momento oportuno

La AHE es la última alternativa de anticoncepción para evitar un embarazo. Es una opción de emergencia y **su eficacia depende del momento de la toma:** antes de las 12 horas posteriores a la relación de riesgo tiene un 95% de eficacia, porcentaje que va en descenso, siendo de un 58% entre las 49 y 72 horas, aunque se puede usar con cierta eficacia anticonceptiva hasta 5 días posteriores a la relación sexual.

Esta característica hace que la toma en tiempos adecuados dependa de la información que tengan las personas usuarias y de la posibilidad de disponer de las pastillas de AHE cuando las necesiten. Por eso es clave la administración inmediata cuando la persona usuaria la demanda, y la entrega en forma preventiva a las personas que usan MAC usuaria dependientes (como preservativo, ACO, AOPS, ACI, AMPD, entre otros).

9.3.3. Efectos secundarios

Los efectos secundarios son poco frecuentes y no constituyen un riesgo para la salud. Cuando se entrega la AHE es conveniente brindar esta información y complementarla con un folleto informativo.

La toma de levonorgestrel según las dosis de la AHE puede provocar los siguientes efectos:

- *Cambios en la fecha de menstruación:* la menstruación puede presentarse antes, en fecha o después de lo esperado. El 50% de las personas usuarias menstrúa en la fecha prevista, 35% se adelanta y 13% presenta retraso. Puede realizarse una prueba de embarazo si el atraso se prolonga más allá de una semana.
- *Náuseas y vómitos:* se pueden tomar antieméticos. Si se presentan vómitos dentro de las 4 horas de haber tomado las pastillas, se debe repetir la dosis.
- *Dolor abdominal.*
- *Fatiga.*
- *Cefalea.*
- *Dolor en las mamas similares a la tensión premenstrual.*
- *Mareos.*

9.4. OPORTUNIDAD PARA INFORMAR SOBRE AHE

Es conveniente dar información adecuada, e incluso **entregar la AHE** preventivamente en las consejerías integrales de salud sexual o durante las consultas por anticoncepción, cuando las personas han elegido o ya usan un método anticonceptivo que puede tener alguna falla dependiente del/la usuario/a (ACO, ACI, métodos de barrera, métodos relacionados con la fertilidad de la mujer, etc.).

En estas oportunidades, como también en los talleres realizados con la comunidad donde se trabaje el acceso a derechos y a métodos, es necesario darse un tiempo para asesorar preventivamente sobre el uso correcto de la AHE. De ser posible, debe complementarse esto con información escrita (folleto explicativo), para que las personas sepan que cuentan con esta alternativa anticonceptiva de emergencia ante la falla por accidente del método que usan, o incluso el no uso del mismo.

9.5. POSIBILIDAD DE DISPONER DEL MÉTODO: ACCESIBILIDAD

La AHE puede entregarse preventivamente en las consejerías integrales o en la consultas. La provisión de AHE puede efectuarse a cualquier persona que pueda requerirlo. **La edad no es un factor condicionante** de la posibilidad de usar AHE. Las y los adolescentes a partir de los 13 años pueden demandar de manera autónoma (sin el acompañamiento de una persona adulta) la provisión de AHE (ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud).

Cuando una persona refiere haber tenido una situación de sexo sin protección **es obligación del equipo profesional médico y no médico, en el consultorio y guardia, ofrecer AHE siempre.**

> ***La AHE debe estar disponible durante todo el horario de funcionamiento del efector de salud, y debe entregarse sin ningún requerimiento ante la demanda.***

Por disponible se entiende no sólo la entrega del insumo cuando sea solicitado, sino también su ubicación en sectores donde la población pueda visualizarlo, que haya información visible de su existencia en el efector y que se entregue material (folletos) con información sobre el uso adecuado del método.

Si se cuenta con un sector de urgencia o guardia, deben tomarse las medidas necesarias para que la AHE sea entregada durante todo el tiempo de funcionamiento de la guardia. Generalmente esto requiere que la **AHE se encuentre dentro del stock de medicación de urgencias**, que se actualiza turno a turno, y que sea de fácil entrega a quienes la necesiten.

El trabajo colaborativo entre profesionales médicas/os, enfermeras/os y en general todo el equipo de salud, que incluye activamente a administrativas/os, mejora la posibilidad de garantizar la disponibilidad y el acceso.

9.6. CONSEJERÍA EN LA URGENCIA ANTICONCEPTIVA

Si bien es conveniente aprovechar la oportunidad de la entrega de la AHE para hacer una consejería y hablar del uso correcto de los métodos o dar información para apoyar la decisión de un método anticonceptivo de uso regular, **esto no debería ser un factor limitante para la entrega de la AHE**.

Siempre es prioridad la accesibilidad a la **prevención de un embarazo no intencional**, y esta oportunidad de facilitar el acceso puede capitalizarse en la construcción de un vínculo de confianza con la persona que requirió la AHE, que contribuya luego a que la persona usuaria vuelva al efector de salud para continuar el asesoramiento o la atención.

Si no hay tiempo de hablar en la situación de urgencia anticonceptiva, es posible entregar un folleto informativo del uso correcto junto con la AHE.



Aclaraciones importantes sobre la AHE:

- La persona que solicita AHE tiene derecho a recibirla todas las veces que la pida.

- A partir de los 13 años puede accederse a la AHE en forma autónoma.

- La **Ley Nacional 25.673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**, incluye el acceso gratuito a la AHE como método de emergencia para prevenir un embarazo.

- Se entrega en hospitales y centros de salud en forma gratuita. Como es un método de emergencia, debe ser entregado por el personal de salud que se encuentre cumpliendo funciones en la institución en el momento en que es requerida. Allí también la usuaria o usuario pueden solicitar más información, que debe ser brindada.

- Obras Sociales y Prepagas están obligadas a entregarla en forma gratuita. Con receta médica se puede comprar en las farmacias.

- Los efectores de salud deben garantizar que la AHE se encuentre disponible en todo momento en que el centro esté abierto. Si el centro cuenta con un sector de urgencia o guardia, deben disponer de este insumo en ese sector.

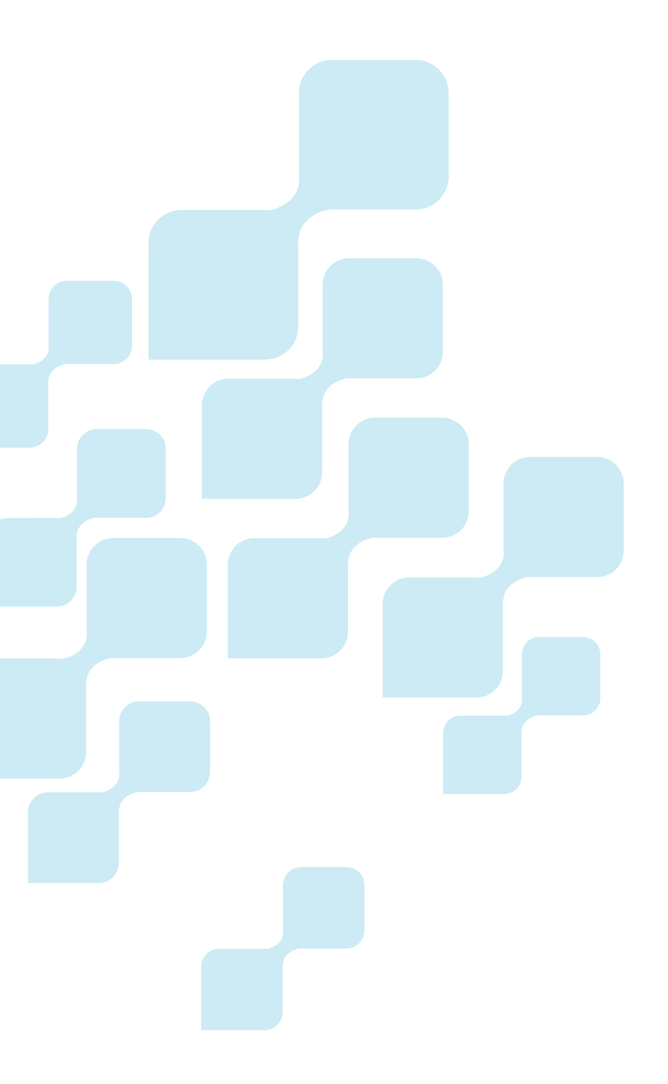
Capítulo 10
Dispositivos intrauterinos

Puntos clave

- ✓ El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible de larga duración (LARC por sus siglas en inglés).
- ✓ Tiene una alta eficacia anticonceptiva y es cómodo para la persona usuaria.
- ✓ Puede ser usado de forma segura por la mayoría de las personas con capacidad de gestar.
- ✓ Una vez colocado, la efectividad no depende de la persona usuaria.
- ✓ Existen diferentes tipos y modelos. El más utilizado es la T de cobre.
- ✓ El principal efecto secundario del DIU con cobre es el aumento de sangrado durante la menstruación.
- ✓ La duración del efecto anticonceptivo varía de 3 a 10 años, de acuerdo a la cantidad de cobre que contenga el DIU.

En la elaboración original de este capítulo colaboraron: Dra. Silvina Arrossi, Dra. Rosa Laudi, Dra. Vilda Discacciati, Dr. Luis Paul y Lic. Irina Perl, integrantes del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. En la actualización 2019 de este capítulo participó la Lic. Romina Castellani (DSSyR).





Introducción

El **dispositivo intrauterino (DIU)** es un método anticonceptivo eficaz, duradero, fácil de usar, desvinculado del coito y reversible. Se trata de una pequeña estructura de plástico flexible que se ubica dentro de la cavidad uterina.

En la década del ´70 aparecieron los DIU con cobre, que son los utilizados actualmente. A partir de entonces, este método anticonceptivo cobró gran popularidad y su uso se difundió a nivel global. Es utilizado en la actualidad por más de 160 millones de mujeres en todo el mundo.

Sin embargo, durante muchos años la utilización del DIU se vio restringida debido a la preocupación por posibles complicaciones asociadas a su uso. En las últimas décadas, se le incorporaron numerosas modificaciones con el objetivo de aumentar su eficacia anticonceptiva, prolongar su vida útil y reducir los efectos adversos y el riesgo de expulsión. Las investigaciones más recientes demostraron la seguridad y la eficacia de este método.

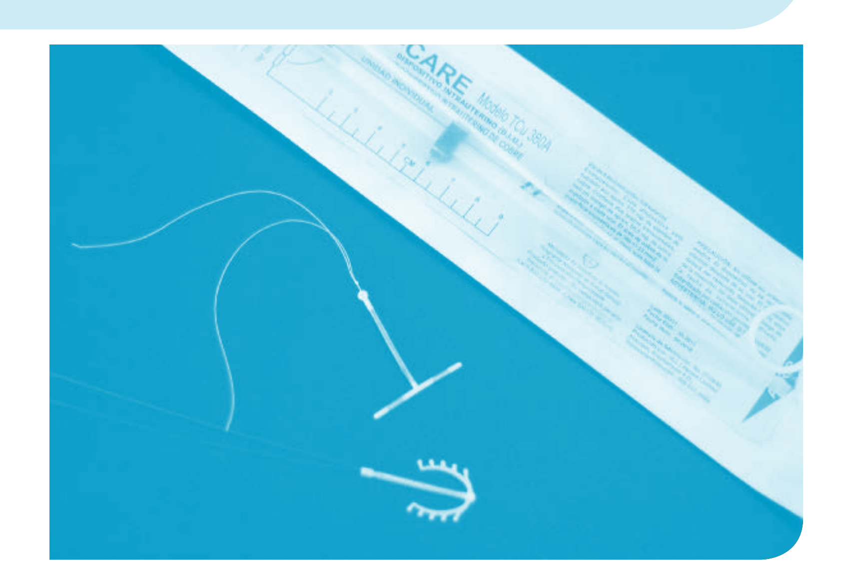
Clasificación

Actualmente hay 2 tipos en uso:
1. Dispositivo intrauterino con cobre (DIU Cu)
2. Dispositivo intrauterino con progestágeno (levonorgestrel) (DIU -LNG)

10.1. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) CON COBRE

Puntos clave

- ✓ Los DIU con cobre son los más utilizados actualmente.
- ✓ Entre los diferentes modelos, el más utilizado es la T de cobre.
- ✓ El cobre actúa directamente sobre los espermatozoides: afecta procesos fundamentales que deben sufrir para poder fecundar al óvulo (motilidad, capacitación y activación espermática).
- ✓ El DIU actúa prefertilización: sus distintos mecanismos de acción impiden la unión del espermatozoide con el ovocito.
- ✓ Puede ser indicado en forma segura a la mayoría de las personas con capacidad de gestar, hayan tenido hijos/as o no, incluso a adolescentes.



La mayoría de los DIU están formados por una estructura de plástico, con un vástago vertical que es rodeado por el hilo de cobre y una o dos ramas horizontales (rectas o curvas, según el modelo de DIU), que en algunos modelos llevan unos anillos de cobre. Toda esta estructura va inserta dentro de la cavidad uterina (Figura 10.2). El otro extremo del vástago lleva anudados uno o dos hilos. Estos hilos atraviesan el canal cervical, asoman por el orificio cervical externo y servirán como guías del DIU, para el control periódico y para su extracción.

Los DIU con cobre (Cu) son los más utilizados en la actualidad. Existen **diferentes modelos: T, 7, Multiload, Nova T** (Figura 10.1), siendo uno de los más difundidos a nivel mundial el DIU T Cu 380 (Figura 10.3).

El número que acompaña al nombre del DIU se refiere a la superficie de cobre. La carga de cobre varía según el modelo de DIU y determina la duración de su efecto anticonceptivo.

Figura 10.1. Diferentes modelos de DIU

T de cobre

7 de cobre

Multiload

DIU con levonorgestrel (DIU-LNG)

Figura 10.2. DIU inserto en la cavidad uterina

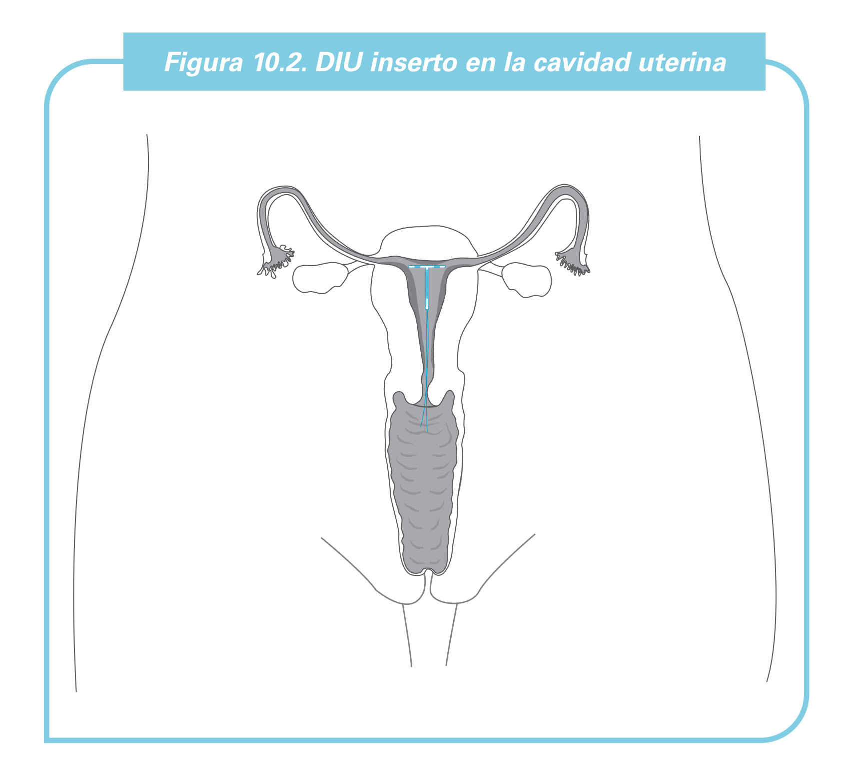


Figura 10.3. DIU T Cu 380



10.1.1. Mecanismo de acción

La acción de los **DIU Cu** se ejerce a través de múltiples mecanismos. A nivel del cérvix, los iones de cobre producen cambios en el **moco cervical**, generando un moco hostil que evita que los espermatozoides asciendan al útero. Asimismo, distintas investigaciones demostraron que el cobre actúa directamente sobre los espermatozoides: produce una fuerte y franca **inhibición de la motilidad espermática** y afecta sustancialmente la capacitación y la activación espermática, dos procesos fundamentales que los espermatozoides deben sufrir para poder fecundar al óvulo.

Otros/as autores/as aseguran que el principal mecanismo de acción anticonceptivo es su **efecto espermicida**, tanto en moco como en **endometrio**, que se produce por la reacción inflamatoria estéril local, debida a la presencia del cuerpo extraño dentro de la cavidad. Hay un aumento del número de leucocitos responsables de la fagocitosis de los espermatozoides, que conjuntamente con los productos de degradación tisular, ejercen una acción tóxica sobre éstos. La presencia de iones de cobre exacerba la reacción inflamatoria.

Todas estas acciones apuntan a un mecanismo anticonceptivo prefertilización.

10.1.2. Eficacia anticonceptiva

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. El riesgo de embarazo es muy similar entre el uso habitual y el uso correcto, ya que una vez colocado no depende prácticamente de la persona usuaria.

Con el uso correcto: menos de 1 embarazo cada 100 mujeres por año de uso (6 embarazos cada 1.000 mujeres).

Con el uso habitual: menos de 1 embarazo cada 100 mujeres por año de uso (8 embarazos cada 1.000 mujeres).

Duración del efecto anticonceptivo: el DIU es un método anticonceptivo de acción prolongada. La duración está en relación a la carga de cobre. Los DIU que tienen menos de 300 mm de cobre tienen una duración aproximada de 3 años. En cambio, el modelo T Cu 380 puede usarse hasta 10 años.

10.1.3. Recuperación de la fertilidad

Al retirar el DIU, la reacción inflamatoria desaparece rápidamente y la fertilidad **se recupera sin demora**. La tasa de embarazo de quienes han usado este método es similar a las que han dejado de usar otros métodos anticonceptivos.
No es necesario *"hacer un descanso después del DIU"* si se quiere iniciar la búsqueda de un embarazo.

10.1.4. Protección contra el VIH y otras ITS

El DIU no ofrece ninguna protección contra el VIH y otras ITS.

10.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

La mayoría de las personas con útero pueden utilizar DIU como método anticonceptivo. Incluso, puede ser usado de manera segura y efectiva en condiciones en las que no pueden usarse otros anticonceptivos (hipertensión, tabaquismo, lactancia, migraña, trombosis), independientemente de la edad y el peso.

Dado que el DIU Cu puede producir un **aumento del sangrado menstrual**, en aquellas personas que habitualmente tienen menstruaciones muy abundantes o tienen bajos niveles de hemoglobina es importante que se evalúen otras posibilidades o, en caso de elegir el DIU, se haga un control cercano para valorar el sangrado y la anemia. Para las personas con anemia el DIU con cobre es considerado categoría 2 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En estas situaciones el DIU con levonorgestrel (DIU-LNG) es una opción.

Cuadro 10.1. Dispositivos intrauterinos: ventajas y desventajas de su uso

Dispositivos intrauterinos	
Ventajas	Desventajas
- Alta efectividad anticonceptiva. - Método reversible en forma inmediata. - Anticoncepción duradera. - Baja posibilidad de falla por error de la usuaria. - No necesita motivación para su uso. - Método desvinculado del coito. - No interacciona con medicaciones.	*Efectos adversos frecuentes:* - mayor sangrado menstrual. - goteo intermenstrual. - cólicos durante la menstruación. *Riesgo (infrecuente) de:* - expulsión. - perforación uterina durante la colocación. *Contraindicaciones orgánicas, determinadas por la anatomía.* *No protege contra ITS.* *Requiere intervención profesional para su colocación y extracción.*



El DIU **también puede ser indicado en forma segura a adolescentes.** Aunque la posibilidad de expulsión y extracción por sangrado o dolor es mayor en las menores de 20 años que en las mujeres adultas, el DIU sigue siendo para las adolescentes más efectivo que otros métodos. Es importante, además, reforzar la importancia del uso del preservativo como única forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) e incentivar la doble protección (DIU + preservativo).

El hecho de **no tener hijos o nuliparidad** fue considerado, durante años, una contraindicación para usar DIU, puesto que se creía que la condición de no haber tenido hijos/as aumentaba los riesgos de perforación uterina, expulsión o infección pelviana (que dejara como secuela riesgo de esterilidad). Sin embargo, **no se asocian mayores tasas de perforación, expulsión o infección con la nuliparidad.** Sí hay estudios que indican que las adolescentes de 14 a 19 años pueden tener más posibilidades de expulsar el DIU porque su útero es más pequeño, sin que esto represente una contraindicación para su uso[1].

En varias investigaciones recientes se ha demostrado que quienes no han tenido hijos/as no tienen más riesgo de alguna de estas complicaciones (perforación, expulsión o infección) que las que han tenido. De todos modos, es indispensable recomendar sistemáticamente la prevención de las ITS y la importancia de la doble protección (DIU + preservativo).

En los casos de personas con capacidad de gestar con enfermedades que generan mayor susceptibilidad a las infecciones (tratamientos quimioterápicos, corticoterapia, inmunodepresión, reemplazo valvular cardíaco, valvulopatía) y aquellas personas usuarias que sufren sangrado menstrual abundante habitualmente, es necesario evaluar la situación singular, para pautar la conveniencia del método y las consultas de seguimiento.

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(Categoría 3 de los Criterios de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS):*

• Entre 48 horas y cuatro semanas después del parto, porque hay evidencia de que aumenta el índice de expulsión.

• Enfermedad trofoblástica gestacional benigna, con niveles reducidos o indetectables de B-hCG, porque hay un riesgo mayor de perforación uterina, además que el tratamiento de la enfermedad puede requerir varios legrados de la cavidad uterina.

• Cáncer de ovario[2]: no se recomienda colocar DIU cuando la persona ya tiene diagnóstico de la patología, ya que cualquier tratamiento del cáncer (histerectomía o radioterapia) implica su remoción. Si la persona usuaria ya tiene colocado el DIU al momento del diagnóstico, se recomienda no remover hasta el inicio del tratamiento, para prevenir embarazos que impidan o entorpezcan el mismo.

• Infecciones de transmisión sexual (ITS): si la persona usuaria tiene prácticas sexuales que la exponen a ITS, y no usa preservativo, se considera categoría 2 o 3 dependiendo de la situación singular. Si se encuentra cursando una infección por clamidia o gonorrea está contraindicada la colocación del DIU en el período agudo. Si ya lo tiene colocado, y se administra adecuadamente el tratamiento antibiótico, generalmente no hay necesidad de retirarlo.

• Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) para el inicio.

• LES con Trombocitopenia severa para el inicio del método[3].

• TBC pélvica para la continuación.

1. Ver más en el Capítulo 14, Anticoncepción en la Adolescencia y en la Perimenopausia.
2. Categoría de inicio: 3, continuación: 2.
3. Categoría de inicio: 3, continuación: 2.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* del método *(Categoría 4 de los Criterios de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS):*

• Embarazo confirmado o sospecha.

• Sepsis puerperal.

• Inmediatamente post aborto séptico.

• Hemorragia vaginal no diagnosticada.[4]

• Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles persistentemente elevados de B-hCG o enfermedad maligna.

• Cáncer cervical: no se recomienda colocar un DIU si la persona ya tiene diagnóstico de cáncer de cuello uterino, ya que cualquier tratamiento del cáncer (histerectomía o radioterapia) implica su remoción. Si ya lo tuviera colocado al momento del diagnóstico, se recomienda no remover hasta el momento del tratamiento para prevenir embarazos que impidan o entorpezcan el tratamiento.

En el caso de las **lesiones precancerosas, no hay contraindicación para su uso tanto en el inicio como para la continuidad del método, ya que su tratamiento no interfiere con el método.** Estudios epidemiológicos recientes aportan evidencia consistente de que el uso del DIU está asociado a una reducción en el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, pudiendo así ser utilizados en mujeres con VPH (Virus del Papiloma Humano) y NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical).[5]

• Cáncer endometrial: para el inicio.[6]

• Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina.

• Anormalidades anatómicas que distorsionen la cavidad uterina.

• EPI actual para el inicio.[7]

• Cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonococo: para el inicio.

• TBC pélvica: para el inicio.

• Enfermedad de Wilson (incidencia de esta patología en EE.UU.: 1 en 200.000).

• Alergia al cobre.

10.1.6. Administración del método

10.1.6.1. Momento de inserción

En la mayoría de personas con capacidad de gestar puede colocarse el DIU en cualquier momento, si existe una razonable certeza de que no está embarazada.
Una colocación adecuada es el paso fundamental para la prevención de las complicaciones. Debe ser colocado por un/a profesional de la salud adecuadamente entrenado/a para hacerlo.

4 Categoría de inicio: 4, continuación: 2. Ante alguna sospecha de embarazo o patología subyacente, debe realizarse la evaluación y después reajustar la categoría de acuerdo a los resultados. No hay necesidad de retirar el DIU antes de la evaluación.

5 Ver Organización Mundial de la Salud, 2007- Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Guías de Prácticas Esenciales OMS. 1ra. Ed. Ginebra: Biblioteca OMS.
IPPF., 2007- Declaración del IMAP sobre prevención del Cáncer Cervical y posible función de la Vacuna el Virus del Papiloma Humano (VPH). Boletín Médico de IPPF. Septiembre 2007, tomo 41, No 3. http://www.amada.org.ar/PDF/consenso_dispositivos_intrauterinos.pdf Castellsagué X, Díaz M, Vaccarella S, de Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, Franceschi S, Meijer CJ, Bosch FX. Intrauterine device use, cervical infection with humanpapillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies. Lancet Oncol. 2011 Sep 12.

6 Categoría de inicio: 4, continuación: 2.

7 Categoría de inicio: 4, continuación, 2. Debe tratarse la EPI con antibióticos adecuados. Generalmente no es necesario retirar el DIU si la persona usuaria desea continuar con éste. Entre personas usuarias de DIU tratadas por EPI, no hubo diferencias en la evolución clínica si se retiró el DIU. Ver en este capítulo "Conductas ante intercurrencias infecciosas y no infecciosas."



Cuadro 10.2. Cuándo comenzar o insertar el DIU (DIU Cu / DIU-LNG)

Durante la menstruación (inserción durante los primeros 5 días del ciclo)	Si bien puede insertarse en cualquier momento del ciclo (siempre y cuando se descarte embarazo), se recomienda que la colocación sea durante el sangrado menstrual debido a: • Seguridad de ausencia de embarazo. • Mayor facilidad para la inserción: el itsmo cervical tiene mayor diámetro y elasticidad (no es absolutamente cierto que el OCI se encuentre más abierto). • El sangrado post inserción no preocupa a la usuaria ya que queda enmascarado por el sangrado menstrual. • Nuligestas: puede ser más dificultosa la inserción por estrechez cervical, siendo necesaria la dilatación cervical con bujías de Hegar N° 2 y 3.
Durante el resto del ciclo menstrual	En cualquier momento si se tiene certeza razonable que la persona no está embarazada.
Cambio desde otro método	• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no está embarazada. • No necesita esperar a su siguiente menstruación ni un método de respaldo.
Post parto (Ver Capítulo 15, AIPE)	• Post alumbramiento: durante los 10 minutos después de la expulsión de la placenta. • Post parto inmediato: hasta 48 horas post parto. • Post cesárea: la inserción a través de la incisión de la cesárea se considera segura. O a partir de la 4ta semana post cesárea. • La colocación del DIU post parto requiere entrenamiento del/la profesional. Se recomienda las inserciones posplacenta e intracesárea, por sus tasas de expulsión más bajas.
Puerperio – Lactancia	• Si pasaron más de 48 hs, esperar por lo menos 4 semanas para su colocación. • Si ha reiniciado sus menstruaciones, colocar el DIU como se indica en mujeres con ciclos menstruales.
Post aborto	• Aborto del 1° y 2° trimestre, sin infección: inmediatamente dentro de los 12 días posteriores al evento. • Si pasaron más de 12 días, se puede colocar en cualquier momento si existe una razonable certeza de que la usuaria no está embarazada. • Aborto séptico: postergar la colocación hasta tanto se haya completado el tratamiento correspondiente. Ayudar a la usuaria a elegir otro método momentáneamente. • La colocación del DIU luego de un aborto del segundo trimestre requiere entrenamiento específico. De no tenerlo, postergar la colocación hasta por lo menos 4 semanas después del evento.

Es importante recordar que para la inserción de métodos LARC se recomienda:

1. Proporcionar métodos LARC el mismo día que se solicitan, siempre que sea posible, si el embarazo puede ser razonablemente excluido.

2. Ofrecer métodos LARC en el post evento obstétrico.



Recomendaciones para el equipo de salud:
Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la persona usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método. Iniciar la consulta hablando sobre intereses, inquietudes y dudas que traen las personas colabora en la construcción de ese vínculo. Estas inquietudes, que a veces son claras y otras no tanto, necesitan del acompañamiento empático del equipo de salud: trabajar en base a la dificultades, dar espacio para preguntas, invitar a volver ante cualquier duda, y ofrecer material de apoyo son las herramientas con las que, además del conocimiento profesional, cuenta el equipo de salud para realizar ese acompañamiento.

10.1.6.2. Requisitos previos a la inserción del DIU

Requisitos indispensables

- *Conversar con la persona usuaria* en el encuadre de la consulta para dar información sobre el método e identificar posibles contraindicaciones al uso del DIU.

- Es importante *descartar la posibilidad de embarazo actual,* previa colocación del DIU. Si la persona no presenta síntomas o signos de embarazo y cumple cualquiera de los criterios detallados

en el Capítulo 4, apartado 4.7.2. ¿Cómo descartar embarazo?, se puede tener la certeza razonable de que no está embarazada.

• *Examinar la vagina colocando un espéculo* para descartar una posible infección vaginal o del cuello del útero. También debe realizarse un examen bimanual para determinar el tamaño y la posición del útero.

• *No se requiere que la persona usuaria firme un consentimiento informado, ni en la historia clínica.* La/el profesional de la salud debe dejar constancia en la historia clínica de que brindó la información y el asesoramiento correspondiente y que la persona seleccionó este método. Esto también aplica a adolescentes mayores de 13 años, quienes pueden acceder de manera autónoma, sin el acompañamiento de sus progenitores o representantes legales (Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: ***marco jurídico para la atención en salud).***

Solicitud de otros estudios

No es necesario ningún tipo de estudio previo a la colocación de un DIU, con excepción del examen ginecológico bimanual y especuloscopía (para arribar al diagnóstico clínico de "vagina sana").

Es decir que la persona puede comenzar a utilizar DIU:

• Sin realizarse un examen de VIH y otras ITS.

• Sin realizarse análisis de sangre, ni otras rutinas de laboratorio.

• Sin realizarse una pesquisa de cáncer cervical.

• Sin realizarse un examen de mama.

• Sin que esté en los primeros días del ciclo menstrual (siempre que se tenga certeza razonable de que no hay embarazo).

La consulta en la que se coloca el DIU puede ser un buen momento para asesorar sobre la prevención del cáncer génito-mamario y donde se refuerce el uso del preservativo como único método que protege la transmisión de infecciones por vía sexual.

Asesoramiento a la persona usuaria

Se espera que la información a trabajar con la persona sea adecuada en relación a las características del método, ventajas, desventajas, posibles complicaciones y eventuales efectos colaterales:

• *Explicar en qué consiste el procedimiento de colocación, cuánto tiempo va a durar y los cuidados inmediatos,* que sepa que es conveniente que las actividades que realice luego de la colocación no requieran de grandes esfuerzos y pueda tomarse unas horas de descanso.

• *Informar que es posible que sienta alguna molestia o calambre durante la inserción,* pero que para la mayoría de las personas resulta un procedimiento completamente tolerable.[8]

• *Dar espacio a preguntas acerca de la percepción de los hilos.* Despejar dudas sobre relaciones sexuales y DIU.

• *Describir los efectos colaterales más frecuentes:* explicar los cambios en el patrón de sangrado (menstruación prolongada y abundante, sangrado irregular), aclarar que los cambios del sangrado no son signos de enfermedad ni de que el DIU esté mal colocado o esté dañando el útero. De igual modo, informar sobre la posibilidad de mayor dolor durante las menstruaciones. El brindar esta información previamente a la colocación del mismo, es considerado un requisito indispensable.

8. Menos del 5% siente un dolor severo y sólo el 1% puede experimentar una reacción con sudoración, náuseas, descenso de la presión arterial y eventual pérdida del conocimiento.



• *Avisar que estos efectos colaterales suelen disminuir después de los primeros meses de colocación.* Dar información para que, llegado el momento, la persona pueda evaluar y decidir si continúa o no con el método, aun teniendo estos efectos secundarios.

• *Explicar sobre la necesidad de consultar ante la presencia de determinados síntomas que pueden advertir una complicación:* dispareunia (dolor al mantener relaciones sexuales), flujo fétido, prurito, dolor en hipogastrio o abdominal bajo y hemorragia genital que dura más de lo esperado.
• Habilitar el espacio para concurrir a nuevas consultas brindando la información necesaria para que pueda acceder: ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Dónde?

• *Disminuir el dolor:* puede administrarse ibuprofeno o paracetamol u otro analgésico 30 minutos antes de la colocación para disminuir el dolor. Evitar la aspirina para no prolongar el sangrado.

Profilaxis antibiótica

No es necesaria la profilaxis antibiótica para la colocación del DIU en una persona con vagina sana, salvo en las situaciones en las que por la condición médico-clínica la presencia de bacterias en la sangre (que pueden ser movilizadas durante la colocación), genere algún riesgo a su salud (reemplazo de válvula cardíaca, endocarditis, diabetes, usuarias inmunocomprometidas, etc.). También deben suministrarse antibióticos cuando la colocación no ha cumplido con todas las normas de asepsia.

Puede considerarse la profilaxis antibiótica para ITS en caso de que la persona usuaria mantenga prácticas que conlleven un alto riesgo de contraer ITS, y/o no pueda realizarse el seguimiento adecuado.

10.1.6.3. Colocación del DIU

En este apartado se mencionan las técnicas de colocación *De Empuje* y *De Retiro*. La técnica de colocación del DIU *post parto inmediato (DIUPP)* se desarrolla en el punto 10.1.10.

Como se mencionó en el punto anterior, para colocar el DIU es indispensable realizar el examen bimanual, para determinar el tamaño y la posición del útero, y la especuloscopía.

Durante el procedimiento habitual:

• Ir explicándole a la persona usuaria lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilizarla.

• Alertarla previamente a un paso que pueda causarle dolor o que pueda sorprenderla.

• Cada tanto, preguntarle si siente dolor.

Tipos de técnicas de inserción:

Existen tres técnicas de colocación:

• De Retiro: utilizada, por ejemplo, para los DIU tipo Multiload.

• De Empuje: utilizada para los DIU T de Cobre (ver Cuadro 10.3. Colocación del DIU con técnica de empuje).

• DIUPP: colocación post parto inmediato[9].

Inserción con Técnica De Empuje

Ver Cuadro 10.3.: Colocación del DIU con técnica De Empuje para DIU T de Cobre

Inserción con Técnica De Retiro

En el caso de los DIU que se colocan con la técnica De Retiro (por ejemplo, los DIU tipo Multiload), deben realizarse los pasos 1 y 2 igual que en la técnica De Empuje (Ver Cuadro 10.3.: 1. Pasos previos y 2. Preparación del DIU)

• Asegurar que el brazo vertical del DIU esté completamente dentro del tubo de inserción.

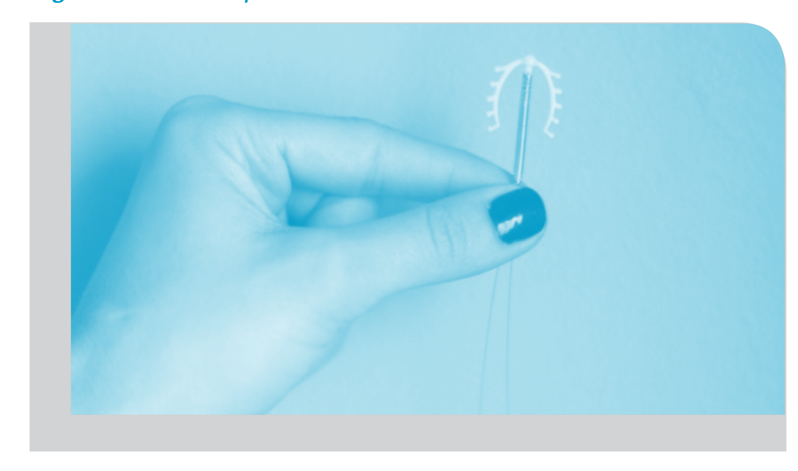
9. La colocación del DIUPP está contraindicada cuando hubo rotura de membranas de más de 18 horas, hay signos de corioamnionitis, cuando existe una hemorragia postparto no resuelta o cuando existe un traumatismo genital extensor cuya reparación se interrumpiría con la colocación del DIU.



• Ajustar el tope deslizable de acuerdo a lo medido previamente con el histerómetro.

• Introducir lentamente, a través del canal cervical, el tutor con el DIU hasta que el tope deslizable quede en contacto con el cuello. Retirar luego el tubo de inserción. Cortar los hilos del dispositivo a 2 o 3 cm del orificio cervical.

Figura 10.4. DIU tipo Multiload



10.1.6.4. Eventos relacionados con la inserción del DIU

Con frecuencia, al atravesar el orificio cervical interno, suele sentirse una leve resistencia. **Nunca debe ejercerse presión** ni fuerza al introducir el DIU.

Si la introducción del DIU resulta dificultosa, debe **derivarse** a un/a profesional más experimentado. Puede intentarse la dilatación del canal cervical con un dilatador, realizar la colocación bajo control ecográfico, o eventualmente bajo control histerocópico.

La **imposibilidad de insertar el DIU** en el útero es una eventualidad muy infrecuente; puede deberse a intolerancia de la persona usuaria (generalmente por dolor), por la presencia de una sinequia (obstrucción) en el cuello del útero o, rara vez, por una posición uterina en anteversoflexión muy marcada.

• **Efectos vagales:** se trata de una respuesta refleja caracterizada por hipotensión, bradicardia, mareos, pérdida de conocimiento, sudoración.

Conducta inmediata:

- ✓ Colocar a la persona en posición de Trendelenburg.
- ✓ Eventual uso de ½ ampolla de atropina subcutánea.
- ✓ Suspender la maniobra de colocación.

Puede reintentarse la colocación luego de la recuperación clínica de la persona usuaria y con su consentimiento.

• Dolor durante la inserción y/o en las primeras 24 horas: tratamiento con AINES y/o antiespasmódicos.

• Hemorragia por la pinza Erina: hemostasia por compresión.

• Perforación uterina:

- ✓ Suspender la colocación.
- ✓ Reposo.
- ✓ Indicar antibioticoterapia profiláctica.
- ✓ Abstinencia sexual durante 7 días.
- ✓ Control clínico a las 48 hs.

10.1.6.5. Recomendaciones post colocación

✓ Mientras dure el sangrado postcolocación, se recomienda no mantener relaciones sexuales con penetración vaginal, no colocar óvulos ni tampones y no hacer duchas vaginales con bidet ni baños de inmersión.

✓ Si se estaba menstruando al momento de la colocación, el sangrado puede ser más abundante de lo habitual. Esto Consultar si los dolores o el sangrado son muy intensos.

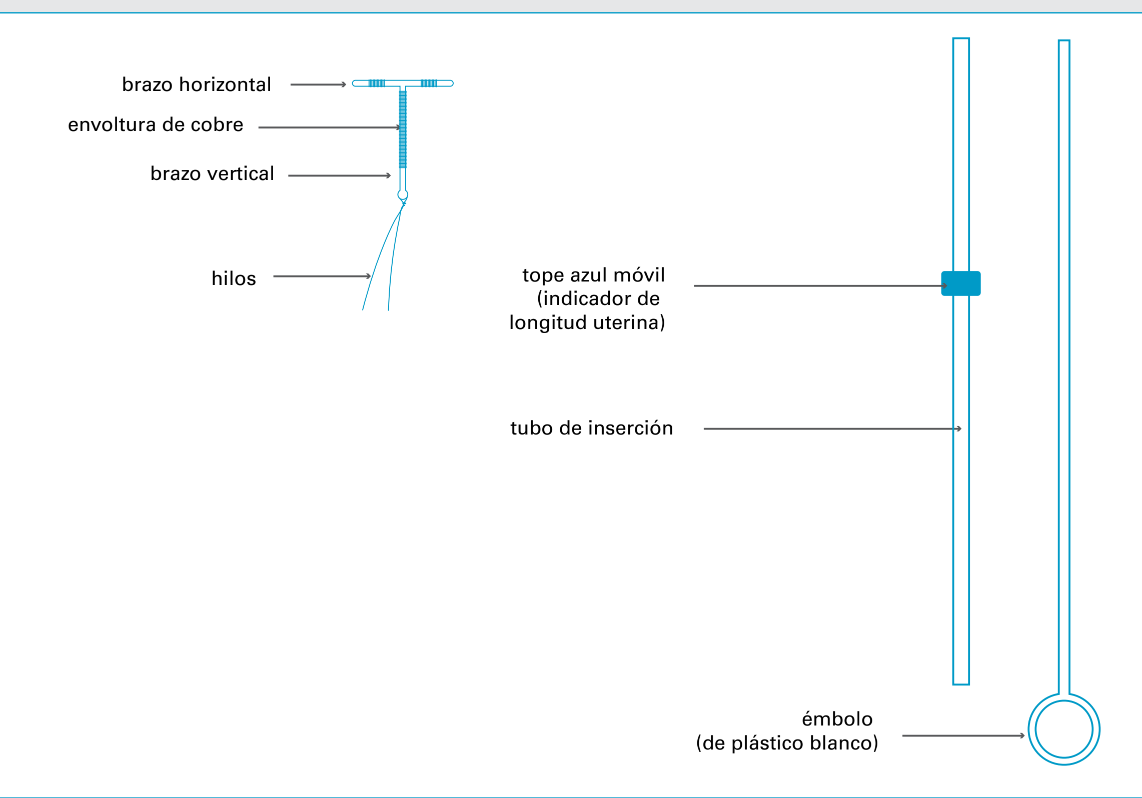
✓ Para los dolores es posible tomar AINES.



Inserción con Técnica De Empuje

Cuadro 10.3. Colocación del DIU con técnica De Empuje para DIU T de Cobre

PARTES INTEGRANTES DEL DIU



1. PASOS PREVIOS

- Antes del procedimiento, la usuaria debe evacuar la vejiga.
- Realizar examen ginecológico bimanual.
- Colocar un **espéculo vaginal** y visualizar el cuello uterino.
- Limpiar el cuello y la vagina con una solución antiséptica como el yodo.
- Tomar el labio anterior del cuello uterino con una pinza Pozzi o Erina (labio posterior si el útero está en retroversoflexión) y mantener una tracción suave durante todo el procedimiento. Esta maniobra facilita la inserción, dado que reduce la angulación entre el canal cervical y la cavidad endometrial.
- **Medir** la cavidad endometrial con **histerómetro**, hasta tocar el fondo uterino.



2. PREPARACIÓN DEL DIU

FIGURA 1

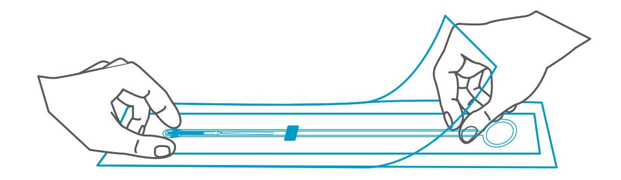
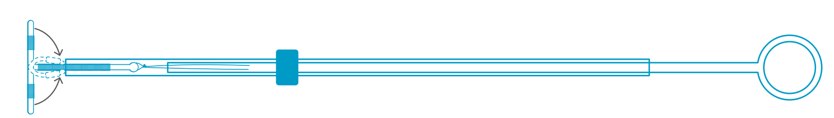


FIGURA 2





- Es preferible usar la técnica de inserción "sin tocar" que consiste en colocar el DIU en el tubo de inserción mientras ambas partes aún están en la envoltura estéril. En caso de no utilizar esta técnica colocarse guantes estériles para manipular el DIU.

- Asegurar que el brazo vertical de la T esté completamente dentro del tubo de inserción.

- Colocar el envase sobre una superficie dura, plana y limpia, con la parte del plástico transparente hacia arriba.
Abrir parcialmente el envase desde el extremo marcado "ABRIR" ***("open").***

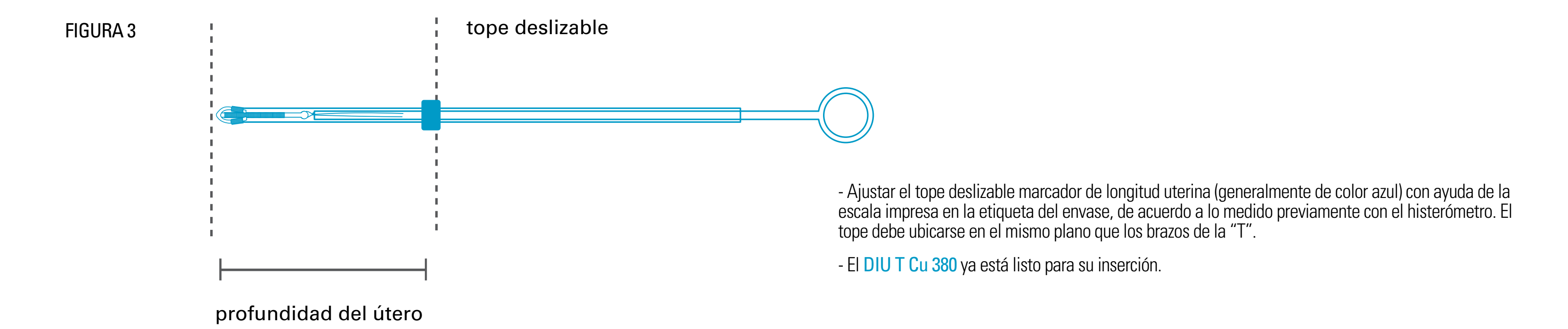
- Colocar el émbolo dentro del tubo de inserción, casi tocando el extremo de la "T".

- A través de la cubierta de plástico transparente, tomar con los dedos pulgar e índice los extremos de los brazos horizontales de la "T", y doblarlos hacia el cuerpo de la "T" hasta que queden retenidos dentro del tubo de inserción, mientras con la otra mano se maniobra el tubo, para facilitar la introducción.

EL DIU NO DEBE PERMANECER MÁS DE 5 MINUTOS DENTRO DEL TUBO DE INSERCIÓN PARA QUE, AL LIBERARLO, LA APERTURA DE LOS BRAZOS SE RECUPERE RÁPIDA Y CORRECTAMENTE.

3. AJUSTE DEL TOPE DESLIZABLE

FIGURA 3



- Ajustar el tope deslizable marcador de longitud uterina (generalmente de color azul) con ayuda de la escala impresa en la etiqueta del envase, de acuerdo a lo medido previamente con el histerómetro. El tope debe ubicarse en el mismo plano que los brazos de la "T".

- El DIU T Cu 380 ya está listo para su inserción.



4. INSERCIÓN DEL DIU

FIGURA 4

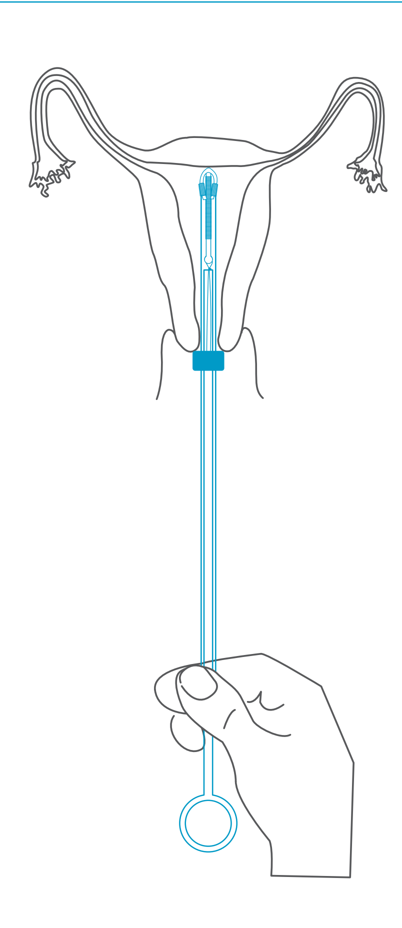
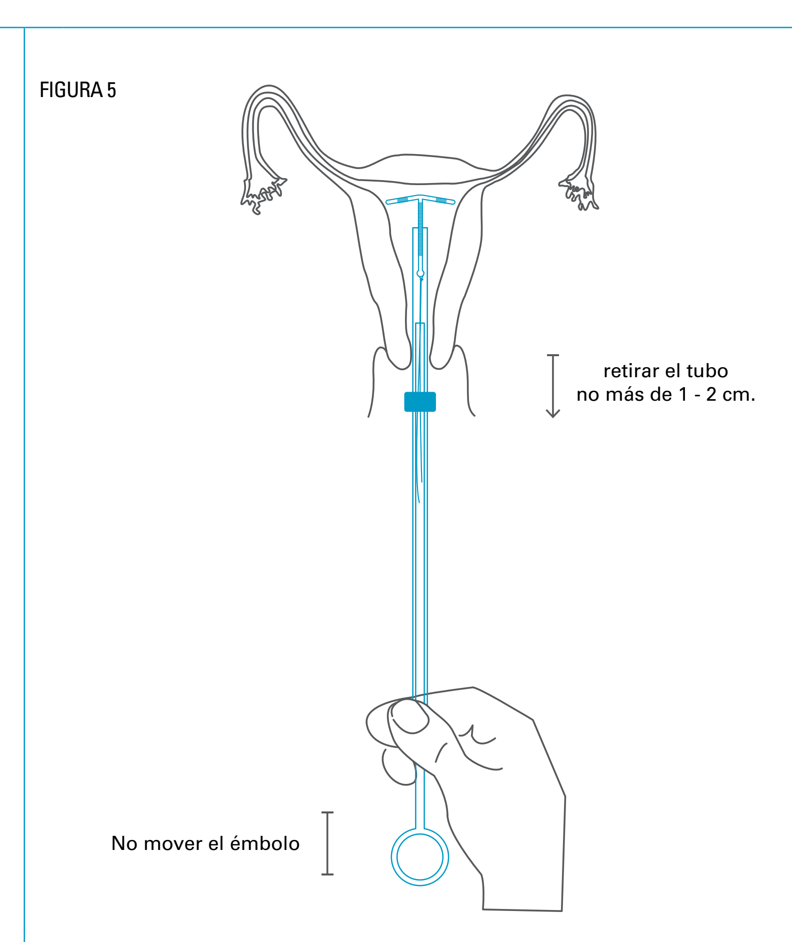


FIGURA 5

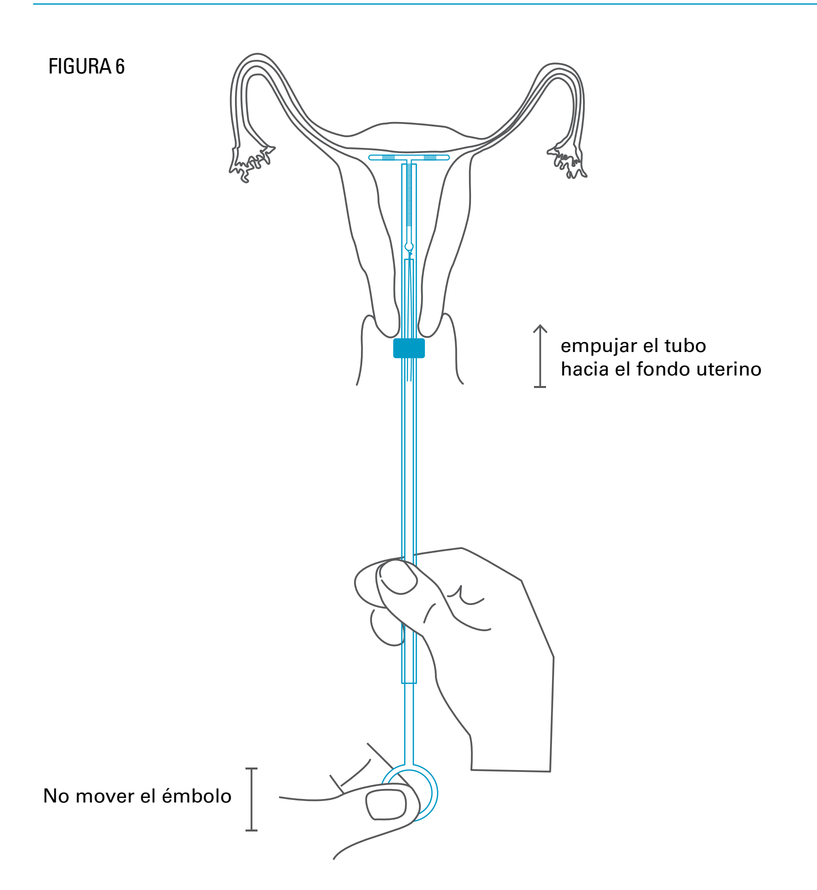


Introducir lentamente a través del canal cervical el montaje de inserción cargado. Avanzar hasta que la "T" haga contacto con el fondo uterino y el tope deslizable quede en contacto con el cuello. Asegurar que el tope esté en un plano horizontal.

Con una mano, mantener el émbolo fijo. Mientras, con la otra mano, retirar el tubo de inserción no más de 1-2 centímetros. De este modo se abrirán los brazos de la "T".

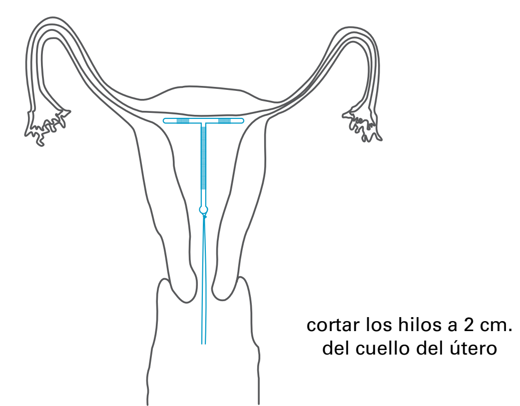
Sigue 4. Inserción del DIU

FIGURA 6



Una vez que los brazos han sido liberados, empujar cuidadosamente el tubo de inserción hacia el fondo uterino, hasta sentir una suave resistencia. Este paso asegura que los brazos de la "T" queden lo más arriba posible en el útero. Una fuerza excesiva podría provocar una perforación del fondo.

FIGURA 7



Retirar lentamente del canal cervical: sacar primero el émbolo (manteniendo el tubo de inserción fijo) y retirar luego el tubo de inserción. Cortar los hilos del dispositivo a 2 ó 3 cm del orificio cervical.

5. EXTRACCIÓN DEL DIU

- La extracción o remoción del DIU se realiza en unos pocos minutos.
- Cumplir con antisepsia rigurosa igual que en la colocación.
- Traccionar suavemente, con una pinza, de los hilos del dispositivo. No tomar de las puntas, sino de un punto lo más alto posible. Una excesiva fuerza en la tracción puede cortarlos.
- Durante la extracción, la mujer puede experimentar alguna molestia como dolor tipo cólico, sangrado o mareo. Contemplar un tiempo para su recuperación.



Es importante consultar si presenta:

- Flujo con mal olor.
- Dolor intenso o en aumento en la parte baja del abdomen.
- Pérdida de sangre abundante por la vagina.
- Picazón, molestias o dolor en la vulva o la vagina.
- Molestias durante las relaciones sexuales.
- Si siente el DIU en el canal.

10.1.6.6. Control post inserción. Seguimiento

El control del DIU de cobre es clínico: se realiza una especuloscopía para observar los hilos y detectar si existe algún proceso infeccioso. Si está disponible un ecógrafo el control se puede realizar mediante ecografía.

Controles sugeridos en los casos en que sea posible:[10]

- A los 7 días de la colocación. Se recomienda no tener relaciones sexuales con penetración pene-vagina, no usar tampón vaginal ni realizar baños de inmersión.
- Después de la menstruación siguiente a la inserción.
- A los 6 meses de colocado y luego una vez por año.

En determinadas circunstancias en las que el acceso al sistema de salud es muy complejo, por razones geográficas o cualquier otra razón, o ante la solicitud de la persona, se puede explicar cómo controlar los hilos del DIU, introduciendo los dedos en la vagina, indicándole que no tire de ellos.

La ecografía no es un estudio que deba solicitarse de rutina. Si en el examen los hilos no se observan, tienen un largo mayor al que se dejó al cortarlos o la persona usuaria presenta sangrado o dolor persistente, se solicitará una ecografía, para observar su posición intraútero.

En cada visita, es importante, además, reforzar la necesidad de consultar ante la presencia de ciertos síntomas como dolor pelviano intenso, flujo fétido y abundante.

En caso de que se presente un sangrado anormal o ausencia de la menstruación, debe realizarse un test de embarazo. Asimismo, debe reforzarse el uso asociado del preservativo para prevenir las ITS.

En caso de requerirse rastreo ecográfico para valorar la posición intrauterina del DIU se recomienda valorar su distancia con respecto al orificio cervical interno (OCI), considerándose en correcta ubicación cuando el DIU se encuentre por encima del OCI, independientemente de la distancia al endometrio fúndico o a la serosa uterina.

10.1.6.7. Cómo suspender el método: extracción del DIU

La **extracción del DIU** suele ser un procedimiento sencillo, no complicado. Puede hacerse al final de la vida útil del DIU o a pedido de la persona usuaria, ya sea porque quiere abandonar el método o desea buscar un embarazo, por intolerancia, por razones médicas, o en la menopausia.

Para extraerlo, es importante cumplir con antisepsia rigurosa igual que en la colocación. Se toman los hilos del DIU con una pinza y se tracciona suavemente de los mismos. Es recomendable tomar el hilo del punto más alto posible, no de las puntas, y tener en cuenta que una fuerza excesiva en la tracción puede cortarlos.

10. "Consenso sobre Dispositivos Intrauterinos", elaborado por: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA), Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Centro de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA). Publicado en Revista AMADA Vol. 2 Nº 1, páginas 5 a 25, Buenos Aires, Agosto de 2006. On line en: http://www.amada.org.ar/images/consenso_dispositivos_intrauterinos.pdf



Durante la extracción, la persona puede experimentar alguna molestia como dolor tipo cólico, sangrado o mareo. Es por eso que se debe contemplar un tiempo para su recuperación.

Si bien la extracción puede hacerse en cualquier momento del ciclo menstrual, se ha expresado preocupación con respecto al riesgo de embarazo cuando se retira un DIU en pleno ciclo, cuando la persona ya ha tenido relaciones sexuales. Esa preocupación dio origen a la recomendación de que el DIU se deje colocado hasta la siguiente menstruación.

Si al traccionar de los hilos, el DIU no puede extraerse, puede citarse a la persona usuaria durante la menstruación, puesto que el cérvix está más entreabierto. Alternativamente, puede intentarse rectificar el eje del útero, tomando el labio anterior del cérvix con una pinza Erina y traccionando suavemente de éste. Si de todos modos no se puede remover, debe derivarse a un/a profesional más experimentado/a para intentar la dilatación del canal cervical con un dilatador.

> *La persona usuaria puede solicitar que se le retire el DIU en cualquier momento que lo desee.*

Síndrome de hilos perdidos:

Si los **hilos no asoman a través del orificio cervical externo,** existen tres posibilidades:

1. que los hilos se hayan deslizado dentro de la cavidad uterina (generalmente se ubican en el canal).
2. que el DIU se haya expulsado.
3. que el DIU haya migrado a la cavidad peritoneal.

Inicialmente, se descarta que no estén atrapados en el canal, tratando de recogerlos a ciegas con una pinza muy fina o con un citobrush para toma de Papanicolaou (se lo introduce con un movimiento giratorio, intentando que los hilos se enganchen en el citobrush). Cuando los hilos aparecen por el orificio cervical externo, se retira el DIU con la técnica habitual. En estos procedimientos deben cuidarse las reglas de asepsia en todo momento.

Si por el contrario, no logran captarse los hilos en el canal, debe constatarse la presencia del DIU intraútero mediante una ecografía. Si no se ubica el DIU mediante este estudio, se solicita una radiografía de abdomen para descartar que el DIU haya migrado a la cavidad peritoneal. Esto debe sospecharse especialmente si la persona ha sufrido dolores abdominales y pelvianos.

Cuando el DIU está ubicado dentro del útero, puede intentarse:

- La extracción de la cavidad con una cureta fina, siempre que la persona usuaria tolere el procedimiento.

- Cuando esto no es factible, debe recurrirse a un legrado o a una histeroscopía.

- Si la placa muestra la presencia del DIU en cavidad peritoneal, se recomienda su extracción por laparoscopia (o laparotomía, si no se dispone de laparoscopia).

Si el DIU no se observa en la ecografía ni en la radiografía, significa que la persona lo ha expulsado. Un 10% de las expulsiones pueden ser asintomáticas.

10.1.6.8. Recambio del DIU

Una vez cumplido el tiempo de vida útil del dispositivo, si la persona desea continuar con el método, puede **colocarse un nuevo DIU. Se sugiere que la extracción y la colocación se realicen en el mismo procedimiento,** manteniendo las pautas de asepsia. El diferir la colocación a un segundo tiempo aumenta el riesgo de embarazo no planificado durante el intervalo, y también los riesgos de infección.



10.1.7. Reemplazo de DIU por otro método anticonceptivo:

Reemplazo de DIU por ACO: En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual puede iniciarse el uso de ACO. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.

Luego de más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual, puede iniciarse el uso de ACO, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo:

- ✓ Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento del próximo sangrado.

- ✓ Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: si se retira el DIU, se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si no usará protección adicional, se recomienda que el DIU se retire al momento del siguiente sangrado.

10.1.8. Efectos secundarios

Como se plantea en el ítem "Asesoramiento a la persona usuaria" (10.1.6.2. Requisitos previos a la inserción del DIU), es importante conversar sobre los posibles efectos secundarios relacionados al uso del método, ya que la mayoría de ellos disminuye o desaparece en los primeros meses de uso.

Si bien los efectos adversos se observan frecuentemente, no todas las personas los presentan. Además de brindarle información, es importante preguntar y escuchar cómo afectan estos cambios la vida cotidiana, para valorar la necesidad de tomar alguna conducta.

Son efectos secundarios posibles:

• *Aumento del sangrado menstrual / cambios en el patrón menstrual:* es un efecto secundario frecuente; puede producirse aumento en la cantidad o en la duración del sangrado. En ocasiones pueden presentarse coágulos; en otras, puede presentarse spotting (goteo) previa y/o posteriormente al sangrado menstrual, o spotting intermenstrual. Con frecuencia, el sangrado disminuye después de los 3 a 6 meses de la inserción.

El **aumento del sangrado es uno de los principales motivos de extracción,** especialmente dentro del primer año de uso (4 a 15% de las usuarias). Es fundamental brindar un adecuado asesoramiento sobre este tema, antes de la colocación del dispositivo, para favorecer la continuidad de su uso.

Una complicación asociada al aumento del sangrado menstrual es la anemia. Es muy importante tener en cuenta este efecto secundario en quienes habitualmente tienen sangrados muy abundantes o tienen bajos niveles de hemoglobina, para asesorarlas adecuadamente.

En caso de que el sangrado continúe o comience luego de un período de menstruaciones regulares, deberá evaluarse con:

- ✓ Examen clínico.
- ✓ Ecografía.
- ✓ Citología y colposcopia.
- ✓ Análisis clínicos complementarios: test de embarazo, hemograma, coagulograma, ferremia.

• *Expulsión del DIU:* las contracciones uterinas pueden generar la expulsión total o parcial del DIU a través del cérvix. En la mayoría de los casos, la persona experimenta fuertes dolores y goteos o sangrados previamente a la expulsión, aunque en un 10% de los casos, la expulsión puede ser asintomática. Por ello es importante controlar el DIU periódicamente.

Se reconocen cuatro situaciones distintas:

- ✓ **Expulsión parcial:** extremo inferior del DIU por debajo del orificio cervical interno (OCI).

- ✓ **Expulsión total:** todo el DIU por debajo del OCI. En caso de expulsión total o parcial se procederá a la extracción y a la recolocación de otro DIU, previa confirmación que la persona usuaria no está embarazada.

- ✓ **Descenso del DIU:** cuando hay evidencia clínica o ecográfica de que el DIU se alejó del endometrio fúndico pero está por encima del OCI. En estos casos, no está indicada su extracción ni su recambio. Se recomienda control clínico y/o ecográfico más frecuente (60 a 90 días) durante 6 meses, para verificar su permanencia intraútero y luego continuar con los controles habituales.

- ✓ **Posiciones anómalas del DIU in situ con respecto al eje uterino:** se procede a la extracción cuando exista riesgo de perforación uterina, incrustación en el miometrio, translocación o fracaso del método.

• *Perforación uterina:* es una de las complicaciones más graves y está asociada a la inserción del dispositivo. Es muy infrecuente (aproximadamente 1 en mil inserciones) y está estrechamente relacionada con la habilidad del/de la profesional que lo coloca. Puede ser corporal o cervical, parcial o total, con o sin translocación del DIU.

- ✓ **Perforación total con translocación del DIU:** se procederá a la extracción quirúrgica del DIU por laparoscopia, laparotomía, o cistoscospía (cuando migre a la vejiga).

- ✓ **Perforación total sin translocación:** de ser factible se extraerá el DIU por vía vaginal.

- ✓ **Perforación parcial:** si hay perforación de la serosa, se procederá a la extracción quirúrgica por laparotomía. Si hay incrustación miometrial sin perforación de la serosa, se realizará la extracción por vía vaginal con control histeroscópico o ecográfico.

Se podrá colocar otro DIU post perforación **luego de transcurridos 90 días** a fin de lograr la restitución de la pared uterina.

• *Dolor pelviano:* puede ser intramenstrual (dismenorrea o algomenorrea), intermenstrual o sin relación con el ciclo menstrual. Se realizará la valoración clínica para determinar su relación con el DIU y descartar otras etiologías.

Tratamiento:

- ✓ AINES y/o antiespasmódicos.
- ✓ Disminución de la actividad física intramenstrual.
- ✓ Si no mejorase: extracción del DIU y elección de otro método.

• *Leucorrea:* descartada la causa infecciosa, dicha leucorrea se considerará debido al efecto del DIU sobre el endocérvix. Se procederá al tratamiento de la **ectopia** si la hubiera.

• *Infección post colocación:* es una complicación infrecuente (< al 0,3%) si el DIU es colocado respetando la técnica y las normas de asepsia. En general, se presenta dentro de los primeros 20 días, por lo cual toda infección posterior a ese plazo no es vinculable al procedimiento de la colocación.

10.1.9. Conducta ante intercurrencias infecciosas y no infecciosas

Aquí se presenta la conducta a seguir ante una persona usuaria con DIU que presenta embarazo, citología oncológica anormal o complicaciones infecciosas.



Embarazo

Inicialmente debe determinarse, mediante ecografía (preferentemente transvaginal) si se trata de embarazo ortotópico con vitalidad fetal conservada o embarazo ectópico.

• *Embarazo ortotópico:* si se produce un embarazo en una mujer con DIU, la probabilidad de aborto es del 50% (mucho mayor que la probabilidad natural, que es del 15%). En caso de no extraerse el DIU, existe mayor riesgo de aborto en el 2° trimestre, aborto séptico o parto pretérmino. Si el DIU permanece intraútero **no se incrementa el riesgo de malformaciones**, trastornos genéticos o mola.

Conducta: verificar por ecografía la posición del DIU respecto del saco gestacional.

El DIU debe extraerse siempre que esté por debajo del saco gestacional (independientemente de la edad gestacional) a los fines de disminuir la posibilidad de aborto.

Condiciones para la extracción:

• Que la porción superior del DIU no esté en contacto íntimo con el saco gestacional.

• Presencia de los hilos en el conducto cervical.

• Indicar reposo, hidratación y abstinencia sexual de la usuaria por 24 hs.

• No hay evidencia científica acerca de la utilidad de administrar medicación útero inhibidora.

Se contraindica la extracción:
• Si el DIU está por arriba o en contacto íntimo con el saco gestacional.

• Si no se visualizan los hilos en el canal cervical.

• *Embarazo extrauterino o ectópico:* el DIU disminuye el riesgo de embarazo ectópico mientras está colocado, es decir que el riesgo de un embarazo ectópico es menor en la persona usuaria de DIU que en la que no utiliza ningún método anticonceptivo. Dado que la capacidad de este dispositivo para prevenir el embarazo ectópico es menor que para evitar la gestación intrauterina, cuando una persona usuaria de DIU queda embarazada, existen más probabilidades de que el embarazo sea ectópico.

Comparado con los ACO, el DIU presenta una proporción más elevada de embarazo ectópico, dado que los ACO directamente evitan la ovulación. La tasa de embarazo ectópico en usuarias de DIU es de menos de 1,5 embarazos por cada 1.000 mujeres año-uso.

Citología oncológica anormal y DIU:

En la mayoría de los casos, la presencia de una citología anormal no indica retirar el DIU. En caso de que la persona deba realizar tratamiento de su patología oncológica y sea necesaria su extracción, el DIU no deberá removerse hasta que se inicie dicho tratamiento.

Su remoción sólo se hará previamente cuando sea necesario para la estadificación, o para completar estudios diagnósticos.
En ese caso, debe administrarse un método anticonceptivo alternativo.

Debe extraerse el DIU en caso de conización o de braquiterapia.

Complicaciones infecciosas

Aunque el riesgo de **enfermedad inflamatoria pelviana** (EPI) en portadoras de DIU es bajo (0,15%), ésta estaría vinculada al momento de la inserción, manifestándose durante las primeras semanas siguientes a este evento.

El riesgo de infección del TGS aumenta del 1,5 al 2% dentro de los 20 días posteriores a su colocación. Una vez superado este período, no se demostró aumento de riesgo de EPI vinculado al DIU.

Quienes presentan infecciones cervico-vaginales al momento de la inserción tienen un riesgo aumentado de 10 a 20 veces (3 a 5%).

Conducta frente a la aparición de un cuadro de infección del tracto genital superior (ITGS):

- ✓ **No hay evidencia que demuestre que la remoción del DIU modifique favorablemente la evolución de la ITGS.**
- ✓ Se admite que quede a criterio del/la médico/a tratante la decisión de extraer o mantener in situ el DIU, teniendo en cuenta los deseos de la persona usuaria.
- ✓ Cuando la persona con ITGS no desea mantener el DIU, la remoción debe realizarse después de comenzado el tratamiento antibiótico: 30 minutos si es por vía parenteral y 3 horas si es por vía oral (a fin de garantizar una concentración plasmática adecuada del antimicrobiano).
- ✓ Cuando la persona con ITGS desea mantener el DIU, no es necesario extraerlo. En este caso, si el cuadro clínico no mejora dentro de las primeras 24 a 48 hs de iniciar el tratamiento antimicrobiano, deberá retirarse el dispositivo y continuar la terapia antimicrobiana.
- ✓ En los casos en que se decide la no remoción del DIU, es muy importante que la/el profesional se asegure de que la persona usuaria concurra al control.
- ✓ Cuando se extrae el DIU, es conveniente aconsejar otro método anticonceptivo e informar acerca de la anticoncepción de emergencia.
- ✓ La presencia del DIU no modifica los criterios de internación de una persona con ITGS (estadio, posibilidad de tratamiento ambulatorio y seguimiento).
- ✓ Para el tratamiento de ITGS se emplearán los esquemas antimicrobianos habituales según los protocolos de tratamiento.

10.1.10. Colocación del DIU Post Parto (DIUPP)

Promover el **acceso al DIU luego de un parto, cesárea o aborto forma parte de la estrategia de Anticoncepción Post Evento Obstétrico** (Ver Capítulo 15). La consejería para la colocación del DIUPP (ya sea postparto o postcesárea) se debe realizar con anticipación, preferentemente durante los controles del embarazo. La técnica de colocación del DIU post parto inmediato (DIUPP) es distinta de la colocación habitual y requiere de entrenamiento por parte del/la profesional.

Material necesario en la sala de partos o quirófano

Para realizar la colocación del DIUPP es necesario que en la sala de partos o quirófano se encuentre disponible el siguiente material: Diu T–Cu, Pinza aro foerster o Kelly larga (para tomar el DIU), Pinza de anillos (para tomar el cuello).

Momento de la inserción del DIUPP

La inserción se realiza luego de la expulsión de la placenta y debe ser realizada por profesionales capacitadas/os. Se recomiendan



las inserciones post placenta e intracesárea, por sus tasas de expulsión más bajas. Uno de los elementos a tener en cuenta en la colocación del DIUPP es que **los hilos inicialmente no serán visibles después de la inserción debido al tamaño del útero postparto.** Usualmente, descenderán a través del cuello uterino hacia la vagina para cuando la persona tenga su visita de seguimiento (4-6 semanas). Sin embargo, el descenso de los hilos puede retrasarse o no producirse sin que esto afecte la efectividad del método. Solo es importante confirmar que el DIU no haya sido expulsado.

Preparación

- ✓ Verificar si tiene disponibles y listos todos los instrumentos y suministros.
- ✓ Verificar que el envase del DIU no esté abierto o dañado y revisar la fecha de vencimiento.
- ✓ Abrir y acomodar todo el instrumental esterilizado e insumos sobre una superficie seca y esterilizada (campo esterilizado) como por ejemplo un campo/toalla o bandeja de metal. El uso de una mesa adicional es recomendable para evitar la contaminación cruzada con el instrumental utilizado durante el parto.
- ✓ Utilizar una gasa esterilizada o una esponja/pinza de anillos o su equivalente, aplicar antiséptico con base de agua sobre la vagina y el cuello uterino dos o más veces antes de la inserción del DIU. Limpiar desde la parte interna de la abertura del cuello uterino hacia afuera.
- ✓ Si los guantes esterilizados se contaminan durante el proceso de aplicación antiséptica, cambiarlos por un par nuevos antes de proceder a la inserción. Comenzar por retirar el DIU del envase esterilizado y durante todo el procedimiento utilizar la técnica “no tocar” a fin de reducir el riesgo de contaminar la cavidad uterina.

Técnica de colocación de DIUPP

Técnica Instrumental[11]:

- ✓ Sostener delicadamente el labio anterior del cuello uterino con la pinza de anillos (se puede utilizar la misma con la que se limpió el cuello uterino y los bordes de la vagina).
- ✓ Con la mano dominante, utilizar la pinza placentaria para sostener el DIU dentro del empaque esterilizado. Usar un instrumento lo suficientemente rígido para manipular el ángulo vagino-uterino, y lo suficientemente largo para llegar al fondo (pinza Kelly o de anillos larga).
- ✓ Levantar suavemente el labio anterior del cuello uterino utilizando la pinza de anillo, para que permita la introducción de la pinza que lleva el DIU.
- ✓ Tratando de no tocar las paredes de la vagina, insertar la pinza con el dispositivo a través del cuello uterino y hacia la cavidad uterina inferior.
- ✓ Mover delicadamente el DIU hacia el útero, hasta llegar a la pared posterior del segmento inferior del útero donde se produce una leve resistencia.
- ✓ Sacar la pinza de anillos y lentamente retirarlas del cuello uterino; dejarla en el campo esterilizado.
- ✓ Apoyar la mano libre sobre la pared abdominal y empujar el útero (en forma ascendente y luego descendente) en dirección hacia la cabeza de la mujer. Esta maniobra permite enderezar el segmento uterino bajo y el ángulo vagino-uterino para facilitar la inserción del DIU. Mantener la presión de la mano hasta el fin del procedimiento.
- ✓ Progresar la pinza que sostiene el DIU delicadamente hasta sentir la resistencia del fondo uterino. Mantenerla cerrada hasta llegar al fondo.
- ✓ Abrir la pinza, para que quede el DIU en el fondo del útero, y desplazarla suavemente hacia el lateral.
- ✓ Retirar la pinza manteniéndola abierta.

11. Se recomienda ver el Anexo G: Guía descriptiva para la inserción instrumental del DIUPP de la Guía Servicios de Dispositivos Intrauterinos Postparto (DIUPP) (USAID-ACCESS, 2010).



Técnica Manual

Para la inserción post placenta manual, utilice guantes esterilizados a la altura del codo.

- ✓ Tomar y sostener el DIU por el eje vertical colocándolo entre los dedos índice y medio de la mano dominante.
- ✓ Apoyar la mano no dominante sobre la pared abdominal y empujar el útero (en forma ascendente y luego descendente) en dirección hacia la cabeza de la mujer. Esta maniobra permite enderezar el segmento uterino bajo y el ángulo vagino-uterino para facilitar la inserción del DIU. Mantener la presión de la mano hasta el fin del procedimiento.
- ✓ Lentamente insertar la mano que sostiene el DIU moviéndola hacia la vagina y a través del cuello uterino.
- ✓ Limitar el nivel de exposición y contacto del DIU y las paredes vaginales.
- ✓ Delicadamente mover la mano que sostiene el DIU en dirección ascendente hacia el fondo uterino (en ángulo con el ombligo), teniendo cuidado de seguir el contorno de la cavidad uterina.
- ✓ Palpando el útero a través de la pared abdominal, confirmar que la mano abdominal que sostiene el DIU ha llegado al fondo.
- ✓ Soltar el DIU en el fondo y suavemente retirar la mano del útero. Tener particular cuidado de no desprender el DIU cuando retire la mano.
- ✓ Mantener la mano no dominante en su lugar para estabilizar el útero hasta que la otra mano salga completamente del útero.

Inserción intracesárea

- ✓ Luego de la cesárea, la persona debe permanecer en posición de litotomía. Por lo general, se recomienda la inserción manual ya que el/la profesional puede llegar fácilmente al fondo uterino. Después de extraer la placenta:
- ✓ Sostener el DIU entre los dedos índice y medio de la mano, pasarlo a través de la incisión uterina y colocarlo en el fondo del útero.
- ✓ Lentamente retirar la mano, asegurando que el DIU se mantenga en el lugar apropiado.
- ✓ Orientar los hilos del DIU hacia el OCI.
- ✓ Cerrar la incisión uterina teniendo especial cuidado de no incorporar los hilos del DIU en la sutura.

Control post colocación

Es necesario realizar un control para verificar que el DIU no se haya expulsado preferentemente entre las 4 y las 6 semanas de colocado.



10.2. DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL (DIU-LNG)

Puntos clave

- ✓ El dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG) es un método reversible de larga duración (LARC) altamente efectivo y cómodo.
- ✓ Brinda protección por 5 años.
- ✓ Su principal mecanismo de acción es la alteración del moco cervical y evitar la proliferación del endometrio impidiendo de esta manera ascenso de los espermatozoides.
- ✓ Puede ser usado en forma segura por la mayoría de las personas con capacidad de gestar, aunque está especialmente indicado en aquellas que tienen menstruaciones muy abundantes, porque reduce sustancialmente el flujo menstrual.
- ✓ Suelen observarse cambios en el sangrado pero no son perjudiciales. Por lo general, se observa un sangrado irregular más leve y de menos días, que con el tiempo suele hacerse cada vez más infrecuente, llegando incluso a la amenorrea.
- ✓ El efecto secundario más frecuente del DIU-LNG es el goteo sanguíneo persistente
- ✓ No ofrece protección contra ITS.

El *dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU- LNG)* es un método anticonceptivo reversible de larga duración (LARC), seguro y eficaz. Si bien cualquier persona con capacidad de gestar puede usarlo, está especialmente indicado en aquellas que tienen menstruaciones muy abundantes, dado que su principal ventaja es reducir el sangrado menstrual en forma significativa.

Es un **dispositivo en forma de T** que se coloca en el interior del útero, similar a un DIU T de cobre, pero se diferencia de éste en que **libera una sustancia llamada levonorgestrel**, en forma constante, durante un período de **5 años**.

El levonorgestrel es una sustancia hormonal usada desde hace mucho tiempo en los anticonceptivos por vía oral y en la terapia de reemplazo hormonal. En el caso del DIU-LNG, el levonorgestrel es liberado dentro del útero, donde produce atrofia del endometrio. La concentración del levonorgestrel es muy alta en el útero, pero casi no se absorbe al resto del organismo.

Inicialmente, el DIU-LNG surgió como alternativa anticonceptiva al DIU con cobre, para evitar los sangrados menstruales muy abundantes que éste produce en algunas personas usuarias.

Sin embargo, hoy también es indicado en mujeres con sangrados abundantes, independientemente de la necesidad de anticoncepción, como alternativa a los clásicos tratamientos quirúrgicos. De esta manera, la persona usuaria evita la cirugía, solucionando su problema de manera menos invasiva.

10.2.1. Mecanismo de acción

El levonorgestrel liberado por el DIU produce cambios en el moco cervical que impiden el ascenso de los espermatozoides. Además, evita la proliferación del endometrio. Esta alteración evita que los espermatozoides sufran los cambios que necesitan para poder fecundar al óvulo.

La reducción gradual del grosor endometrial y la conversión del endometrio funcional a un estado de reposo resistente a la estimulación estrogénica genera la disminución gradual de la pérdida sanguínea menstrual.

El levonorgestrel también puede inhibir la ovulación durante los primeros ciclos post colocación, dado que los niveles de levonorgestrel son más altos, pero su interferencia con la función ovárica es mínima.

10.2.2. Eficacia anticonceptiva

Son altamente efectivos ya que su eficacia no depende prácticamente de la intervención de la persona usuaria, siendo casi igual el uso habitual del correcto (0,2 embarazos cada 100 mujeres/año).

El efecto anticonceptivo dura 5 años. Actualmente, se llevan a cabo algunos estudios para determinar si puede utilizarse por más tiempo.

Si se realiza la inserción del DIU-LNG a partir de los 45 años con indicación anticonceptiva, se puede continuar su uso hasta 7 años. Respecto al grado de satisfacción, más del 90% de las usuarias del DIU- LNG refieren un alto grado de satisfacción con el método.

10.2.3. Recuperación de la fertilidad

Una vez que se retira el DIU-LNG, su acción desaparece rápidamente y se recupera la fertilidad sin demora. La hormona no permanece en el cuerpo. La posibilidad de concepción posterior a su remoción es del 80% durante el primer año, similar a la tasa de embarazo en las parejas que no venían usando método anticonceptivo.



10.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS

El DIU- LNG no ofrece ninguna protección contra el VIH ni otras infecciones de transmisión sexual.

10.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

En general, la mayoría de las personas con útero pueden utilizar el DIU- LNG como método anticonceptivo en forma segura. Sus principales ventajas son la alta eficacia anticonceptiva de acción prolongada y reversible, y la posibilidad de reducir el sangrado.

La drástica reducción del sangrado reduce el riesgo de anemia por déficit de hierro. Disminuye el riesgo de enfermedad inflamatoria pelviana debido a que cambia las características del moco cervical, dificultando el ascenso de los microorganismos al útero.

El levonorgestrel liberado por el DIU-LNG produce cambios en el endometrio que previenen la hiperplasia endometrial. La hiperplasia de endometrio es una enfermedad benigna, pero que en algunos casos puede derivar en un cáncer de endometrio.

BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS DEL DIU- LNG:

- Menor riesgo de embarazo ectópico (0,02 a 0,06 /100 mujeres año-uso).
- Disminución del sangrado menstrual.
- Disminución del riesgo de anemia.
- Disminución de los dolores menstruales (por reducción del flujo menstrual).
- Cambios en el moco cervical que reducen el riesgo de EPI (se dificulta el ascenso de los microorganismos).
- Prevención de hiperplasia endometrial (menor riesgo de cáncer de endometrio).
- Tratamiento alternativo de la endometrosis profunda.

Criterios de elegibilidad:

El DIU-LNG comparte, para las diferentes categorías, algunos criterios con el DIU de cobre y otros con los anticonceptivos solo de progestágeno (ASP).

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(Categoría 3 de los Criterios de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS):*

- Entre 48 horas y cuatro semanas después del parto.
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna, con niveles reducidos o indetectables de B-hCG
- Cáncer de ovario (inicio)
- Alto riesgo de Infecciones de transmisión sexual: si la usuaria tiene prácticas sexuales que la exponen a ITS, y no usa preservativo, se considera categoría 2 o 3 dependiendo de la situación singular.
- TBC pélvica para la continuación.
- Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) para el inicio.
- Cursando una Trombosis Venosa Profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta un episodio de cardiopatía isquémica y estaba usando DIU-LNG (continuación).
- LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando DIU-LNG (continuación).
- Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años.
- Si presenta una cirrosis severa descompensada.
- Adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* **del método** *(Categoría 4 de los Criterios de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS):*

- Embarazo confirmado o sospecha.
- Sepsis puerperal.



- Inmediatamente post aborto séptico.
- Hemorragia vaginal no diagnosticada, antes de la evaluación.
- Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles persistentemente elevados de B-hCG o enfermedad maligna.
- Cáncer cervical para el inicio.
- Cáncer endometrial para el inicio.
- Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina.
- Anormalidades anatómicas que distorsionen la cavidad uterina.
- EPI actual para el inicio.
- Cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonococo para el inicio.
- TBC pélvica: para el inicio.
- Cáncer de mama actual.

10.2.6. Administración del método

10.2.6.1. Momento de la inserción

Los momentos de inserción son los mismos que para el DIU Cu (ver apartado 10.1.6.1. y Cuadro 10.2.)

10.2.6.2. Requisitos previos a la inserción del DIU-LNG

Los requisitos son los mismos que para la inserción del DIU Cu (ver apartado 10.1.6.2.), a la que se suma va recomendación de controlar la tensión arterial por tratarse de un método con hormonas.

Asesoramiento a la persona usuaria
La alteración del sangrado es uno de los principales motivos por los cuales se discontinúa este método. Es fundamental brindar un adecuado asesoramiento sobre el tema, antes de la colocación del dispositivo, para favorecer la continuidad de su uso.

Es importante que el equipo pueda:
- Explicar que es un método de larga duración, ideal para aquellas personas que no buscarán un embarazo en los próximos años y quieren un método anticonceptivo duradero.
- Explicar que el DIU-LNG deja de funcionar una vez que se retira. Sus hormonas no permanecen en el cuerpo.
- Describir los efectos no anticonceptivos más frecuentes: cambios en el patrón de sangrado (sangrado irregular, amenorrea).
- Informar que parte del levonorgestrel es absorbido por el organismo pudiendo generar algunos efectos secundarios propios de los métodos hormonales (acné, cefalea, dolor mamario). Avisar que estos efectos colaterales suelen disminuir después de los primeros meses de colocación.

Sobre la colocación
- Explicar en qué consiste el procedimiento de colocación, cuánto tiempo va a durar y los cuidados inmediatos. Recomendar no realizar actividades que requieran de grandes esfuerzos luego de la colocación y pueda tomarse unas horas de descanso.
- Informar que es posible que sienta alguna molestia durante la colocación, pero que para la mayoría de las personas resulta un procedimiento completamente tolerable.
- Dar espacio a preguntas acerca de la percepción de los hilos. Despejar dudas sobre relaciones sexuales y DIU.
- Explicar la necesidad de consultar ante la presencia de determinados síntomas que pueden advertir una complicación: dispareunia (dolor al mantener relaciones sexuales), flujo fétido, prurito, dolor en hipogastrio o abdominal bajo y hemorragia genital que dura más de lo esperado.
- Habilitar el espacio para concurrir a nuevas consultas brindando la información necesaria para que pueda acceder: ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Dónde?

Profilaxis antibiótica
No es necesaria la profilaxis antibiótica para la colocación del DIU en una personas con vagina sana, salvo en las situaciones en las que por la condición médico-clínica la presencia de bacterias en la sangre (que pueden ser movilizadas durante la colocación), genere algún riesgo a su salud (mujeres con reemplazo de válvula cardiaca, endocarditis, diabetes, usuarias inmunocomprometidas, etc.). También deben suministrarse antibióticos cuando la colocación no ha cumplido con todas las normas de asepsia. Puede considerarse la profilaxis antibiótica para ITS en caso de



que la mujer mantenga prácticas que conlleven un alto riesgo de contraer ITS, y/o no pueda realizarse el seguimiento adecuado.

10.2.6.3. Colocación del DIU-LNG

Para colocar el DIU-LNG es indispensable realizar el examen bimanual, para determinar el tamaño y la posición del útero, y la especuloscopía[12].

Durante el procedimiento:
• Ir explicando a la usuaria lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilizarla.
• Alertarla previamente a un paso que pueda causarle dolor o que pueda sorprenderla.
• Cada tanto, preguntarle si siente dolor.

Técnica de inserción:
Previo a la colocación:
1. Antes del procedimiento, la usuaria debe evacuar la vejiga.
2. Realizar examen ginecológico bimanual.
3. Colocar un espéculo vaginal y visualizar el cuello uterino.
4. Limpiar el cuello y la vagina con una solución antiséptica como el yodo.
5. Tomar el labio anterior del cuello uterino con una pinza Pozzi o Erina (labio posterior si el útero está en retroversoflexión) y mantener una tracción suave durante todo el procedimiento. Esta maniobra facilita la inserción, dado que reduce la angulación entre el canal cervical y la cavidad endometrial.
6. Medir la cavidad endometrial con histerómetro, hasta tocar el fondo uterino.

Colocación:
7. Abrir completamente el envase. A continuación, usar guantes estériles o la técnica estéril sin tocar la cánula ni el DIU en ningún momento
8. Tomar el introductor desde el mango, y girar el introductor para que la escala de centímetros quede hacia arriba.
9. Comprobar que los brazos del DIU estén en posición horizontal. Manteniendo esta posición (puede usarse el envase estéril como tope para ayudar a mantenerla), empujar el deslizador hacia adelante (es decir hacia el DIU) hasta llegar al final. De esta manera, se carga el DIU en la cánula. Tener cuidado de no mover el deslizador hacia abajo porque eso puede liberar el DIU prematuramente, y una vez liberado no se puede volver a cargar.
10. Sujetando el deslizador en el final del recorrido (arriba), colocar el anillo a la medida de la histerometría de la cavidad uterina (si no se tienen guantes estériles, esto puede hacerse con ayuda del envase estéril, sin tocar)
11. Sosteniendo el deslizador en la misma posición (final del recorrido), introducir el introductor por el cuello uterino hasta que el anillo esté 1,5-2 cm del cuello uterino.
12. Sosteniendo firmemente el introductor para que no se mueva de lugar, mover el deslizador hacia abajo hasta la marca para abrir los brazos horizontales del DIU. Esperar 5-10 segundos para que los brazos se abran por completo.
13. Adelantar el introductor lentamente hacia el fondo uterino hasta que el anillo toque el cuello del útero.
14. Sosteniendo firmemente el introductor para que no se mueva de lugar, liberar el DIU moviendo el deslizador hasta abajo.
15. Sosteniendo el deslizador lo más abajo posible, retirar el introductor lentamente.
16. Cortar los hilos del dispositivo a 2 ó 3 cm del orificio cervical.

10.2.6.4. Eventos relacionados con la inserción

Los eventos relacionados con la inserción del DIU-LNG pueden ser los mismos que los relacionados a la inserción del DIU Cu (Ver apartado 10.1.6.4.)

10.2.6.5. Recomendaciones post colocación

Las recomendaciones post colocación son las mismas que en el DIU Cu (ver apartado 10.1.6.5.)

12. Existen situaciones particulares que requieren de un entrenamiento más específico como, por ejemplo, para colocar un DIU postparto inmediato o durante un post aborto del 2do trimestre. En caso de requerirse este tipo de procedimiento, y no contar con profesionales con adecuado entrenamiento, se sugiere postergar la colocación hasta por lo menos 4 semanas posteriores al evento, y ofrecer mientras tanto, otro método anticonceptivo.

10.2.6.6. Control post inserción. Seguimiento

El control luego de la inserción del DIU-LNG es el mismo que si se trata de un DIU Cu (Ver 10.1.6.6.).

10.2.6.7. Cómo suspender el método: extracción del DIU-LNG

El modo de extracción del DIU-LNG es similar al del DIU Cu (Ver apartado 10.1.6.7.)

Para cambio de método ver Cuadro 4.5. Reemplazo de un MAC por otro.

10.2.6.8. Reinserción del DIU-LNG

Una vez cumplido el tiempo de vida útil del dispositivo, si la mujer desea continuar con el método, puede colocarse un nuevo DIU-LNG. Se sugiere que la extracción y la colocación se realicen en el mismo procedimiento, manteniendo las pautas de asepsia. El diferir la colocación a un segundo tiempo aumenta el riesgo de embarazo no planificado y los riesgos de infección.

10.2.7. Efectos secundarios

Es importante conversar sobre los posibles efectos secundarios relacionados al uso del método, ya que la mayoría disminuye o desaparece en los primeros meses de uso y, si bien son comunes, no todas las mujeres los presentan.

• *Alteraciones del sangrado.* Son comunes, pero no son perjudiciales para la salud. Es muy importante conversar con la usuaria sobre estos posibles efectos secundarios previo a la colocación. Este asesoramiento puede ser la ayuda más importante para que se mantenga la adherencia al método. En general, los cambios suelen consistir en sangrados más leve y de menos días de duración, o sangrado infrecuente o irregular e incluso amenorrea. Aclarar, por ejemplo, que esto "no es malo" y que "la sangre no se acumula en su cuerpo". El riesgo de presentar sangrado más prolongado o intenso se observa principalmente en los primeros 3 a 6 meses, disminuyendo con el tiempo.

- ✓ *Amenorrea:* el DIU-LNG produce amenorrea en el 50% de las usuarias a los 2 años de uso. Si bien esto es considerado una ventaja por muchas mujeres, otras prefieren tener la menstruación regularmente y les desagrada dejar de menstruar.
- ✓ *Goteo persistente:* se trata de un goteo escaso y persistente que suele presentarse en los primeros meses después de la colocación. Suele disminuir con el tiempo.

Cuando el sangrado es muy prolongado o molesto, puede intentarse tratamiento con ACO de baja dosis (de acuerdo a los CME) de manera cíclica o continua durante 3 meses.
Frente a una mujer que utiliza DIU-LNG y que presenta de manera repentina una hemorragia uterina anormal, debe ser evaluada de forma similar que quienes no se encuentran utilizando este método, y los diagnósticos diferenciales son los mismos, incluyendo embarazo y la neoplasia ginecológica.

• Tensión mamaria: es un efecto adverso raro. Suele desaparecer después de los primeros 6 meses de uso.

• Cambios en el humor, retención de líquido, acné: son efectos adversos muy poco frecuentes.

• Aparición de quistes foliculares ováricos: suelen aparecer en los primeros ciclos post colocación. La mayoría son asintomáticos y se reabsorben espontáneamente.

10.2.8 Conducta ante intercurrencias infecciosas y no infecciosas

La conducta frente a intercurrencias es la misma que si se tratara de un DIU Cu. (Ver punto en 10.1.9.)

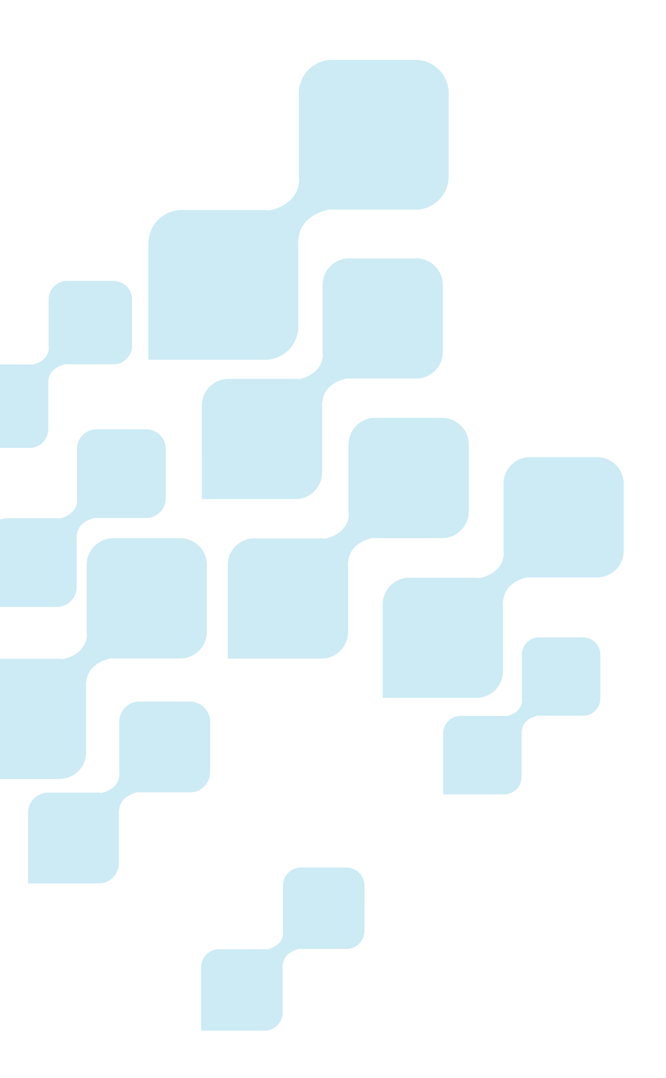


Capítulo 11

Anticoncepción quirúrgica

Puntos clave

- ✓ Método anticonceptivo permanente que se realiza a través de una operación sencilla.
- ✓ Es recomendado para las personas que no desean tener hijos/as, o que tienen y no desean tener más, ya que en general no es reversible.
- ✓ Generalmente, se conoce a la anticoncepción quirúrgica (AQ) por los nombres de las dos operaciones: ligadura de trompas o tubaria (LT) en las personas con capacidad de gestar y vasectomía en las personas con sistema pene-testículos.
- ✓ Para su realización, se requiere ser mayor de 16 años recibir una consejería y firmar un consentimiento informado.



11.1. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA GENERALIDADES

La **Ley Nacional 26.130 de Contracepción Quirúrgica,** sancionada en el año 2006, plantea que toda persona "capaz y mayor de edad" puede acceder a la LT o a la vasectomía de manera gratuita, luego de prestar por escrito su consentimiento informado. **Estos requisitos deben ser entendidos a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de la ley 26.378; de la ley 26.657 Salud Mental y del Código Civil y Comercial (CCyC)** vigente desde el año 2015.

> *La ley establece que la AQ debe realizarse de manera gratuita, tanto si se realiza en hospitales públicos o a través de obras sociales y prepagas. La Resolución del Ministerio de Salud N° 755/06 establece que obras sociales y prepagas deben cubrir el 100% de la intervención.*

11.1.1. Requisitos para acceder a la AQ

La Ley 26.130 establece los siguientes requisitos para que la/el profesional realice la anticoncepción quirúrgica:

1. *Que la persona solicitante sea capaz y mayor de edad.* Esto es, 16 años, ya que según el art. 26 del CCyC desde los 16 años debe considerarse a las/os adolescentes como personas adultas en los asuntos ligados al cuidado del propio cuerpo. Asimismo, es central señalar que como plantea el CCyC, **debe presumirse la capacidad de todas las personas.** Existen restricciones a la capacidad que son excepcionales, deben estar acreditadas por una sentencia judicial firme y vigente, y para afectar la capacidad de ejercer el consentimiento de manera autónoma deben referirse específicamente a las cuestiones relacionadas con la salud o el cuidado del propio cuerpo. De ningún modo puede el equipo de salud, la familia o cualquier otra persona suponer la incapacidad de alguien e impedir el libre ejercicio de su derecho a decidir sobre su



propio cuerpo. **Solo en las situaciones donde exista sentencia judicial firme de restricción de la capacidad para la toma de decisiones en lo referente al cuidado del propio cuerpo, debe solicitarse autorización judicial para la realizar la práctica.** Asimismo, si bien la ley 26.130 plantea que la autorización judicial la debe solicitar el/la representante legal, por tratarse de derechos personalísimos, esto no significa que deba sustituir la voluntad de la persona involucrada sino más bien que tiene que acompañar un proceso de toma de decisiones en el que se respete la voluntad de la persona.

Las personas con discapacidad tienen el mismo derecho que todas las personas a ejercer sus decisiones en forma autónoma. De ningún modo debe confundirse su situación con las situaciones de restricción de la capacidad. El certificado de discapacidad NO implica restricción alguna en la capacidad de tomar decisiones en forma autónoma. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad señala que debe respetarse el derecho de las personas con discapacidad a mantener su fertilidad y a formar una familia si así lo deciden, al igual que a todas las personas.

2. *Que la persona solicitante otorgue su consentimiento informado por escrito a partir de haber recibido información clara y completa,* en una consejería (como se detalla a continuación).

NO SON REQUISITOS:
1. Que haya tenido hijos/as.

2. Que firmen el consentimiento sus progenitores, representantes legales, pareja, cónyuge o conviviente.

3. Que presente una autorización judicial, salvo en los casos de personas con restricción de la capacidad para tomar decisiones relativas al cuidado de su salud, por una sentencia judicial firme y vigente.

Las personas con discapacidad tienen derecho a decidir en forma autónoma si acceder o no a la anticoncepción quirúrgica, al igual que todas las personas. Su voluntad no puede ser sustituida ni por el equipo de salud ni por su familia o terceras personas. Existen numerosas denuncias de organizaciones de personas con discapacidad sobre la realización de esterilizaciones en forma compulsiva. Sustituir la voluntad de las personas con discapacidad, es un delito y las/os profesionales de la salud que lo hicieran o consintieran, son pasibles de responsabilidades administrativas y penales.

11.1.2. Consejería

La persona que solicite la LT o la vasectomía debe ser informada por la/el médica/o, o por el equipo de salud sobre:

1. La naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar.

2. Otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos autorizados que pueden ser una alternativa a la AQ: existencia y disponibilidad de otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos. Los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) pueden ser una alternativa para quienes deseen mantener la anticoncepción en forma prolongada.

3. Las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias. Esto incluye:

- ✓ Explicación detallada sobre el método.
- ✓ Técnicas quirúrgicas y tipo de anestesia.
- ✓ Estudios prequirúrgicos a realizar.
- ✓ Cuidados y seguimiento post quirúrgicos.

- ✓ Complicaciones a corto y largo plazo. Implicancias sobre la salud.
- ✓ Efectividad. Tasa de falla.
- ✓ Reversibilidad (escasas posibilidades y no gratuidad de la práctica).

11.1.3. Recomendaciones para el equipo de salud que realiza la consejería

Debido al carácter permanente de este método, es importante que la persona que esté considerando la AQ piense cuidadosamente si querrá o no tener hijos/as (en caso de que no los tenga) o tener más hijos/as en el futuro.

Quien realiza la consejería, puede ayudar a la persona a pensar acerca de esta cuestión y tomar una decisión informada. Si la respuesta ante el planteo del equipo de salud es "Sí, yo podría querer tener más hijos", debe recomendarse otro método anticonceptivo.

Es útil acompañar la consejería con apoyo gráfico para que la persona usuaria cuente con este material, que pueda llevárselo e informarse para tomar una decisión consciente o para conocer más detalles antes de la intervención.

Cuando una persona solicita información sobre anticoncepción quirúrgica, es recomendable brindar información tanto de la LT como de la vasectomía, remarcando las principales diferencias entre ambos procedimientos.

11.1.4. Momento de la consejería

Es importante que la decisión de realizar la AQ sea tomada en un momento en que la persona se encuentre sin presiones (o con las menores presiones posibles), pudiendo tomarse el tiempo que necesite para informarse, reflexionar y volver a la consulta para aclarar dudas.

Por este motivo, el equipo de salud debe estar atento a realizar la consejería en salud sexual y salud reproductiva en el momento oportuno.

En muchos casos, la internación para el parto o cesárea debe ser una oportunidad para informar sobre el acceso a métodos anticonceptivos, entre ellos la AQ. Si la persona elige la AQ es importante que el equipo de salud deje constancia de que la persona accedió a la consejería para que se garantice el acceso a la práctica durante la internación por el parto o cesárea.

Esto requiere del trabajo coordinado entre los equipos de salud que atienden a la persona gestante con los del servicio donde se realizará el parto, para facilitar la confianza entre los equipos y de esta manera asegurar que sean aceptados el consentimiento informado y la consejería hechas en el primer nivel de atención. Si no se puede ofrecer orientación anticonceptiva durante el período prenatal (ya sea durante los controles del embarazo o la internación del parto), se lo puede hacer durante el post parto inmediato, luego de que hayan pasado la tensión del parto y los efectos residuales de la anestesia y/o de los sedantes.

La decisión acerca de realizar o no la cirugía, pertenece sólo a la persona usuaria. Las y los profesionales de la salud tienen el deber de asegurarse que la decisión sea tomada por la propia persona y que no esté presionada o forzada por nadie.

11.1.5. Consentimiento informado

"El consentimiento informado implica una declaración de voluntad suficiente efectuada por un/a usuario/a, por la cual, luego de brindársele una clara, precisa y adecuada información referida a la dolencia, al procedimiento o intervención que se le propone como



médicamente aconsejable, éste decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención."[1-2]

Por ello es fundamental que la consejería que se brinda sea detallada, precisa y accesible, de forma de brindar información lo suficientemente clara que le permita tomar la decisión de realizarse la LT o la vasectomía.

El consentimiento informado, en este caso, deberá otorgarse por escrito, dejando constancia que la persona fue informada por parte del equipo de salud sobre diferentes métodos anticonceptivos y sobre las características de la anticoncepción quirúrgica, antes de tomar la decisión de realizar la práctica.[3]

La/el profesional de la salud debe dejar constancia por escrito en la historia clínica que proporcionó esta información, y la persona debe firmar.

Muchas veces las/os profesionales viven con preocupación que la persona, luego de realizada la AQ, se arrepienta. Las investigaciones indican que la tasa de arrepentimiento es muy baja.
Si hubiera situaciones de arrepentimiento, la/el profesional de la salud no tiene responsabilidad legal si la persona otorgó el consentimiento informado y éste consta en su historia clínica.
Una adecuada consejería disminuye al mínimo la incidencia de arrepentimiento.

11.1.6. Negativa profesional a realizar la AQ

Toda persona, sea médico/a o personal auxiliar del sistema de salud, tiene el derecho a ejercer su objeción de conciencia. Sin embargo, esto no puede ser motivo para que se niegue la práctica a la persona que la requiera. El artículo 6 de la Ley 26.130 de AQ establece que la institución debe garantizar que el procedimiento se realice. Dice textualmente: "Las autoridades del establecimiento asistencial están obligadas a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata para que la práctica se lleve a cabo".

La anticoncepción quirúrgica es un derecho. Ante una persona que la solicita, debe realizarse la consejería en salud sexual y salud reproductiva y, si la persona otorga el consentimiento informado, debe garantizarse su derecho.

1. HIGHTON, Elena y WIERZBA, Sandra M., "La relación médico-paciente; el consentimiento informado", p. 11, Ed. Ad_hoc, 1991.0
2. 2) Ley 26.529 – SALUD PUBLICA – Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. (B.O. N° 31785) Artículo 5°: Definición: Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.
3. La ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud afirma en el artículo 7°: Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito: a) Internación; b) Intervención quirúrgica; c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley; e) Revocación.



11.2. LIGADURA TUBARIA (LT)

Puntos clave

✓ Método anticonceptivo permanente para personas con capacidad de gestar. En general, no es reversible.

✓ Se conoce también como: ligadura de trompas, salpingectomía, esterilización tubaria, atadura de trompas.

✓ No hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la LT como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.

✓ No tiene efectos secundarios a largo plazo.

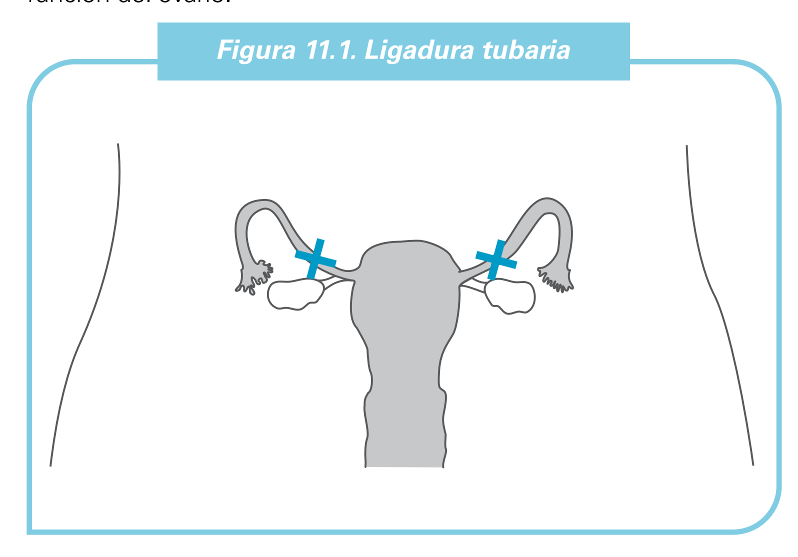


La ligadura tubaria es un método anticonceptivo permanente para personas con capacidad de gestar, que consiste en la oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la unión de las gametas (óvulo-espermatozoide).

11.2.1. Mecanismo de acción

La oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas uterinas evita que los óvulos liberados por los ovarios puedan desplazarse a través de las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con los espermatozoides. No afecta la función del ovario.

Figura 11.1. Ligadura tubaria



11.2.2. Eficacia anticonceptiva

La LT es un método altamente efectivo, alcanza el 99,5% de efectividad.

11.2.3. Recuperación de la fertilidad

La cirugía para revertir la LT es difícil, costosa, no siempre es efectiva y no está disponible en el sistema público de salud. La ley Nacional 26.130 no garantiza esta práctica.

Para lograr un embarazo luego de una LT, también pueden practicarse técnicas de fertilización asistida. La Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida contempla el acceso al diagnóstico, los medicamentos, terapias de apoyo y tratamientos de fertilización de baja y de alta complejidad a toda persona que atraviesa situaciones que le impiden quedar embarazada sin asistencia médica. (Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud).

Igualmente, hay que tener presente que la mayoría de las personas que deciden realizarse la anticoncepción quirúrgica no se arrepienten de su elección cuando han recibido una adecuada consejería.

Se estima que menos del 4% de las personas que se han realizado la LT pueden llegar a solicitar en un futuro la recanalización de las trompas.

11.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS

La LT no ofrece ninguna protección contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

11.2.5. Quién puede y quién no puede usar el método

Según la OMS, no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la LT como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.[5]

5. Para más información consultar "Criterios de elegibilidad de la OMS", 2015



Las recomendaciones de los Criterios de elegibilidad de la OMS tienen relación con la posibilidad de efectuar el procedimiento quirúrgico de manera segura, y no con el método en sí mismo.[6]

Cuadro 11.1. Situaciones en las que se recomienda “Aceptar”, tener “Cuidado”, “Retrasar” o tener cuidados “Especiales” durante la intervención de LT, de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

Categoría	Criterios de elegibilidad de la OMS		
A Aceptar	No hay razones médicas para negar la realización de la ligadura a una persona en esta condición.	- Nulípara. - Mujeres que han tenido 1 o más partos. - Lactancia. - Postparto menor a 7 días o luego de los 42 días de puerperio. - Preeclamancia leve. - Postaborto sin complicaciones. - Antecedentes de embarazo ectópico. - Tabaquista. - Antecedentes de HTA durante el embarazo. - Antecedente personal o familiar de TVP/EP. - Cirugía mayor sin inmovilización prolongada. - Cirugía menor sin inmovilización. - Mutaciones trombogénicas conocidas. - Trombosis venosa superficial (venas varicosas o tromboflebitis superficial). - Hiperlipidemias conocidas. - Cefaleas (tanto migrañosas como no migrañosas). - Sangrado vaginal irregular no abundante. - Sangrado vaginal abundante o prolongado (sea regular o irregular). - Tumores ováricos benignos. - Dismenorrea severa. - Enfermedad trofoblástica gestacional benigna. - Ectropión cervical. - Neoplasia intraepitelial cervical (NIC). - Nódulo de mama sin diagnóstico. - Enfermedad benigna de la mama. - Antecedente familiar de cáncer de mama.	- Antecedente personal de cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años. - Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) con embarazo posterior: debe realizarse un cuidadoso examen pélvico para descartar infección recurrente o persistente y para determinar la movilidad del útero. - Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana). - Mayor riesgo de ITS. - Alto riesgo de VIH o persona viviendo con VIH (no se necesita de screening de rutina para el procedimiento). - Hepatitis viral no activa (portadora o crónica). - Cirrosis leve compensada. - Hiperplasia nodular focal benigna de hígado. - Esquistosomiasis sin complicaciones. - Paludismo. - Antecedente personal de DBT gestacional. - Bocio simple. - Antecedente de enfermedad de la vesícula biliar sintomática tratada con colecistectomía o médicamente, o asintomática. - Antecedente personal de colestasis relacionada con el embarazo y con el uso de ACO. - Anticoncepción quirúrgica concurrente con una cesárea.

6. Ver Capítulo 5 “Criterios de elegibilidad de los anticonceptivos.”



Cuadro 11.1. Situaciones en las que se recomienda “Aceptar”, tener “Cuidado”, “Retrasar” o tener cuidados “Especiales” durante la intervención de LT, de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

Categoría	Criterios de elegibilidad de la OMS		
C Cuidado	El procedimiento normalmente se realiza en condiciones de rutina pero con preparación y precauciones adicionales.	- Edad joven. - Obesidad IMC mayor de 30 kg/m2. - HTA adecuadamente tratada o leve. - Antecedentes de enfermedad cardíaca isquémica o ACV. - Enfermedad valvular no complicada. - Epilepsia. - Desórdenes depresivos. - Cáncer de mama actual. - Miomas uterinos. - Enfermedad pelviana inflamatoria sin embarazo subsecuente. - Esquistosomiasis con fibrosis hepática. - DBT sin enfermedad vascular insulino dependiente y no dependiente. - Hipotiroidismo.	- Adenoma hepático benigno. - Tumor hepático maligno. - Talasemia y anemia de células falciformes. - Anemia ferropénica con HB entre 7 y 10 g/dl. - Hernia diafragmática. - Enfermedad renal. - Deficiencias nutricionales severas. - Cirugía pelviana o abdominal previa. - Ligadura tubaria junto con cirugía abdominal selectiva. - LES sin anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos, severa trombocitopenia o tratamiento inmunosupresor.
R Retrasar	El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.	- Embarazo. - Postparto entre 7 a 42 días. - Preeclampsia severa o eclampsia. - Rotura prematura de membranas de 24 hs o más. - Sepsis puerperal, intraparto o fiebre puerperal o postaborto. - Hemorragia pre o postparto severa o post aborto. - Trauma severo del tracto genital: desgarro cervical o vaginal en el momento del parto o aborto. - Hematómetra aguda postaborto. - Enfermedad tromboembólica o embolismo pulmonar en curso. - Cirugía mayor con inmovilización en curso. - Sangrado vaginal sin diagnóstico (debe evaluarse antes de realizar el procedimiento).	- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna o niveles elevados persistentes de B-hCG. - Cáncer de cuello uterino, endometrio y ovario esperando tratamiento (en general el tratamiento deja a la mujer estéril). - Enfermedad pelviana inflamatoria en curso. - Cervicitis purulenta o infección por clamidia o gonococo en curso. - Enfermedad vesicular en curso. - Hepatitis viral activa. - Anemia ferropénica con Hb menor de 7 g/dl. - Infección de la piel del abdomen. - Enfermedad respiratoria aguda como bronquitis o neumonía. - Infección sistémica o gastroenteritis. - Si el procedimiento se realiza junto con otra cirugía abdominal de emergencia sin consejería previa o con alguna patología infeccionsa.
E Especial	El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanas/os y personal experimentadas/os y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren, además, la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Deben ofrecerse métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir a la persona usuaria o si hay cualquier otro retraso.	- Perforación uterina post parto o post aborto (si se realiza una exploración abdominal y se repara el problema se puede realizar la LT si no hay ningún riesgo adicional). - Múltiples factores de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (edad, tabaquismo, BDT o HTA). - Enfermedad vascular. - Enfermedad vascular complicada (alto riesgo de complicaciones derivadas de la anestesia y cirugía). - Endometriosis. - Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadíos 3 o 4 de la OMS).. - Tuberculosis (TBC) pelviana. - Nefropatía, retinopatía o neuropatía diabética o DBT de más de 20 años de evolución.	- Cirrosis severa descompensada. - Desórdenes de la coagulación. - Asma crónica, bronquitis, enfisema o infección pulmonar. - Útero fijo debido a cirugías previas o infección. - Hernia umbilical o de la pared abdominal. - Hipertiroidismo. - LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocido, severa trombocitopenia o tratamiento inmunosupresor. - TVP o EP con tratamiento anticoagulante.

Debe tenerse en cuenta que la LT:

• No interfiere en la producción de hormonas. Las personas que eligen esté método anticonceptivo siguen menstruando y ovulando en forma normal, hasta su menopausia.

• No altera las relaciones sexuales ni su goce.

• No provoca sangrado más abundante ni irregular.

• No provoca dolor menstrual.

• No se saca el útero.

• No provoca alteraciones del peso o del apetito.

• No modifica el aspecto físico.

• No tiene efectos colaterales a largo plazo.

• Luego de la intervención, no es necesario hacer nada más para protegerse del embarazo.

• No protege contra las ITS ni el VIH.

11.2.6. Procedimiento quirúrgico

La cirugía es sencilla. La realiza un/a profesional calificado/a, en un quirófano, y requiere anestesia total o peridural.

11.2.6.1. Antes del procedimiento (prequirúrgico)

En general, la persona usuaria debe realizar una entrevista en el centro en donde se le efectuará la intervención, para la evaluación prequirúrgica y la confección de la historia clínica, y en la que se le brinde información más concreta sobre la intervención.

Los exámenes complementarios serán los que sugiera la/el profesional dentro de los protocolos de evaluación prequirúrgica en relación a la situación médico clínica de la persona usuaria al momento de la cirugía.

> *Se debe solicitar a la persona usuaria que utilice un método anticonceptivo seguro hasta el día de la operación y que continúe utilizándolo hasta el siguiente período menstrual.*

11.2.6.2. Momento para realizar la LT

La intervención debe realizarse en cualquier momento que sea razonablemente seguro que la persona no esté embarazada.
Se recomienda solicitar a la persona usuaria que utilice un método anticonceptivo seguro hasta el día de la operación y que continúe utilizándolo hasta el siguiente período menstrual.

La LT puede realizarse:

• **Desvinculada del momento del parto:** se conoce como LT del intervalo.

• **Asociada a un evento obstétrico:**

Asociada a una operación cesárea: la LT se realiza conjuntamente con la cesárea. **La realización de una LT no debería ser indicación para practicar una cesárea.**

Durante el post parto: se realiza preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto, por razones técnicas quirúrgicas y para aprovechar la oportunidad de la internación, ya que para algunas personas puede ser ésta la única posibilidad de estar en contacto con un centro asistencial de salud.
Después de una pérdida de embarazo o aborto: dentro de las 48 horas de un aborto sin complicaciones.



11.2.6.3. Vía de abordaje

La elección de la vía de abordaje estará sujeta a las posibilidades del centro que efectuará la práctica.

Mini laparotomía: se efectúa a través de una pequeña incisión suprapúbica transversal.

Laparoscopía: requiere que el efector cuente con un laparoscopio. Se realiza a través de dos o tres mínimas incisiones (en general una en el ombligo y las otras en la parte ínfero lateral del abdomen). A través de una de ellas se introduce en el abdomen un tubo largo y fino con una lente (laparoscopio) que posibilita ver dentro del mismo. A través de las otras incisiones, se introducen las pinzas que se utilizarán para bloquear o seccionar las trompas.

11.2.6.4. Técnica quirúrgica

Las trompas se pueden ligar con material de sutura o clips que cierran los conductos, seccionar o coagular o cauterizar con electrocoagulación bipolar.

11.2.7. Post operatorio

El tiempo de internación dependerá del momento en que se realizó la práctica y el tipo de técnica utilizada. Si el post operatorio evoluciona adecuadamente, en general la internación no supera las 24 a 48 horas. Si el procedimiento es por laparoscopía incluso puede darse el alta el mismo día.

Está indicado reposo durante unos días y evitar el trabajo vigoroso, levantar objetos pesados y tener relaciones sexuales por una semana, o hasta que desaparezcan los dolores.

Debe indicarse cómo realizar los cuidados periódicos de la herida, que debe mantenerse limpia y seca.

Informar a la persona sobre pautas de alarma (sangrado, tumoración, rubor, calor, dolor o pus en la herida; fiebre; desmayo, mareos; dolor abdominal intenso), y que ante cualquier inconveniente o duda, consulte al centro de salud u hospital más cercano.

Los controles médicos posteriores suelen realizarse entre los 7 y 14 días post quirúrgicos. Debe controlarse la herida en busca de signos de infección y retirar los puntos.

11.2.8. Complicaciones de la ligadura tubaria

Los índices de complicaciones son muy bajos. Al requerir cirugía y anestesia existen algunos riesgos propios de cualquier intervención quirúrgica. Por ejemplo, infección o absceso de la herida. La muerte debida al procedimiento es extremadamente rara.

11.3. VASECTOMÍA

Puntos clave

- ✓ Método anticonceptivo permanente para personas con sistema pene-testículos. En general es irreversible.
- ✓ Se conoce también como: esterilización "masculina", ligadura de los conductos deferentes, anticoncepción quirúrgica "del hombre".
- ✓ No hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la vasectomía como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.
- ✓ Debe usarse otro método anticonceptivo durante los tres meses posteriores a la vasectomía.
- ✓ No afecta o interfiere con las erecciones ni con el aspecto de las eyaculaciones.



La vasectomía es un método anticonceptivo quirúrgico permanente, seguro y sencillo, que consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el pasaje de los espermatozoides provenientes del testículo.
La baja adopción de este método por parte de la población forma parte de las desigualdades entre los géneros ya que se suele adjudicar la responsabilidad del cuidado en las relaciones sexuales a las mujeres. En el mismo marco, suele identificarse la fertilidad con la potencia sexual.

Asimismo, no solo es un método poco demandado sino poco ofrecido por los servicios de salud. Y en los casos en que es demandado, la accesibilidad suele ser muy dificultosa. De este modo, el sistema de salud suele reproducir las desigualdades en materia de género.

La difusión de la información a la población acerca de las características de este método, así como una adecuada consejería, podrá hacer de la vasectomía un recurso anticonceptivo más, disponible para todos aquellos que lo requieran.

11.3.1. Mecanismo de acción

A partir de la ligadura de los conductos deferentes, se impide el pasaje de los espermatozoides al líquido seminal. Se eyacula semen, pero éste no contiene espermatozoides, con lo cual no se produce el embarazo.

11.3.2. Eficacia anticonceptiva

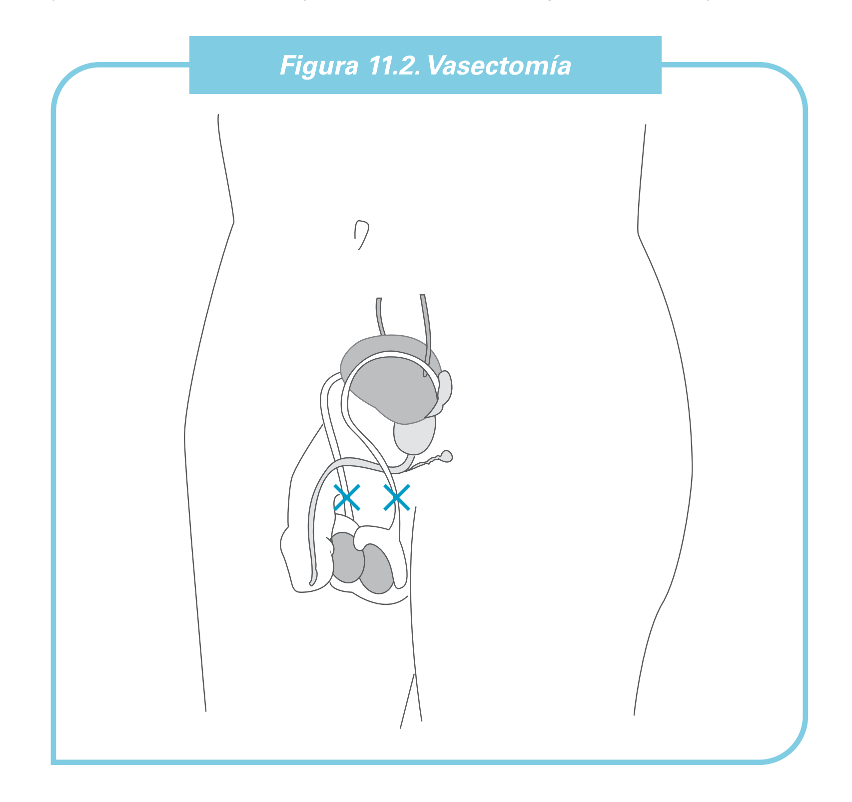
La eficacia es mayor al 99,5% si se respeta el cuidado anticonceptivo en los tres meses posteriores a la cirugía.

11.3.3. Recuperación de la fertilidad

La mayoría de las personas que deciden someterse a la anticoncepción quirúrgica no se arrepienten de su elección cuando han recibido una adecuada consejería. No obstante, se estima que entre el 2 al 4% de puede llegar a solicitar en un futuro la recanalización de los conductos.

La reversión de una vasectomía es una operación que debe ser efectuada por cirujanos experimentados en técnicas microquirúrgicas. El porcentaje de éxito medido por los embarazos de sus parejas, varía de un 16% a un 85%, dado que la reversión no garantiza embarazo. Es importante destacar que la cirugía para revertirla es difícil, costosa y no está disponible en el sistema público de salud. La ley Nacional 26.130 no garantiza esta práctica.

Figura 11.2. Vasectomía



Para lograr un embarazo luego de una vasectomía, también pueden practicarse técnicas de fertilización asistida. La Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida contempla el acceso al diagnóstico, los medicamentos, terapias de apoyo y tratamientos de fertilización de baja y de alta complejidad a toda persona que atraviesa situaciones que le impiden quedar embarazada sin asistencia médica. (Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud). Para más información comunicarse con el Programa de Reproducción Médicamente Asistida del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

11.3.4. Protección contra el VIH y otras ITS

La vasectomía no ofrece ninguna protección contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

11.3.5. Quién puede y quién no puede usar el método

Según la OMS, no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la vasectomía como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.

Cuadro 11.2. Situaciones en las que se recomienda "Aceptar", tener "Cuidado", "Retrasar" o tener cuidados "Especiales" durante la vasectomía, de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

Categoría	Criterios de elegibilidad de la OMS	
A Aceptar	No hay razones médicas para negar la realización de la vasectomía a una persona en esta condición.	- Alto riesgo para VIH (no se necesita screening de rutina para el procedimiento). - Anemia drepanocítica.
C Cuidado	El procedimiento normalmente se realiza en condiciones de rutina pero con preparación y precauciones adicionales.	- Desórdenes depresivos. - Diabetes. - Lesión escrotal previa. - Edad joven. - Varicocele o hidrocele grande. - Criptorquidia.
R Retrasar	El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.	- Infecciones locales: de la piel del escroto, enfermedad de transmisión sexual activa, balanitis, epididimitos u orquitis. - Infecciones sistémicas o gastroenteritis. - Filariasis, elefantiasis (por imposibilidad de palpar el conducto). - Criptorquidia.
E Especial	El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanas/os y personal experimentadas/os y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren, además, la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Deben ofrecerse métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir a la persona usuaria o si hay cualquier otro retraso.	- Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS), en presencia de enfermedades relacionadas. En especial la presencia de enfermedades relacionadas. - Desórdenes de la coagulación. - Hernia inguinal.



DEBE TENERSE EN CUENTA QUE LA VASECTOMÍA:

- No afecta ni daña los testículos.
- No disminuye el deseo sexual.
- La erección tiene la misma firmeza, duración y se eyacula la misma cantidad de líquido que antes de la intervención.
- No altera las relaciones sexuales ni su goce.
- Tiene menos efectos colaterales y complicaciones que muchos métodos utilizados por las mujeres.
- No tiene efectos colaterales a largo plazo.
- No requiere anestesia general como la LT.
- NO PROTEGE CONTRA LAS ITS NI VIH.

11.3.6. Procedimiento quirúrgico

11.3.6.1. Momento para realizar la vasectomía

El procedimiento puede realizarse en cualquier momento en que se lo solicite, luego de un debido asesoramiento y consentimiento informado.

11.3.6.2. Técnicas quirúrgicas

Existen distintas técnicas para llevar a cabo una vasectomía. Todas ellas pueden realizarse con anestesia local y en forma ambulatoria. La intervención no suele durar más de 30 minutos.
A través de una punción o de una pequeña incisión en el escroto, se identifican ambos conductos que transportan el esperma al pene (conductos deferentes) y bloquean mediante ligadura, sección o cauterización.

Es responsabilidad del equipo de salud, explicar cuál es la técnica recomendada para el momento solicitado, según la situación particular de cada persona.

11.3.7. Cuidados post operatorios

La cirugía es ambulatoria, es decir que no requiere internación. Se indica reposo por 2 días, y el uso de ropa ajustada para ayudar a sostener el escroto. Esto reduce la hinchazón, el sangrado y el dolor. La persona no debe mantener relaciones sexuales durante al menos 3 días.

Puede presentar molestia en el escroto, que duran 2 o 3 días. Debe explicársele cómo realizar los cuidados periódicos de la herida, que debe mantenerse limpia y seca.

Es importante tener en cuenta que luego de la intervención puede haber eyaculaciones que contengan los espermatozoides que quedaron acumulados en las vesículas seminales.

La desaparición de los espermatozoides del eyaculado sucederá tres meses luego de la operación. Se recomienda que durante ese período se produzcan eyaculaciones para eliminar los espermatozoides acumulados.

Si durante los tres meses posteriores a la vasectomía se mantienen relaciones sexuales con penetración pene-vagina es necesario el uso de algún método anticonceptivos adicional.

Si está disponible, puede realizarse un análisis del semen a los tres meses de realizada la vasectomía para confirmar que los espermatozoides han desaparecido por completo, y así asegurarse del éxito del procedimiento. La imposibilidad de realizar este estudio no es un obstáculo para la realización de la práctica.

La vasectomía demora aproximadamente tres meses en actuar, por lo tanto si se mantienen relaciones sexuales con penetración pene-vagina deberá utilizar otro método anticonceptivo.

11.3.8. Complicaciones y riesgos

Las complicaciones son poco frecuentes (1% a 2%), mayoritariamente hematomas o infecciones de la herida.



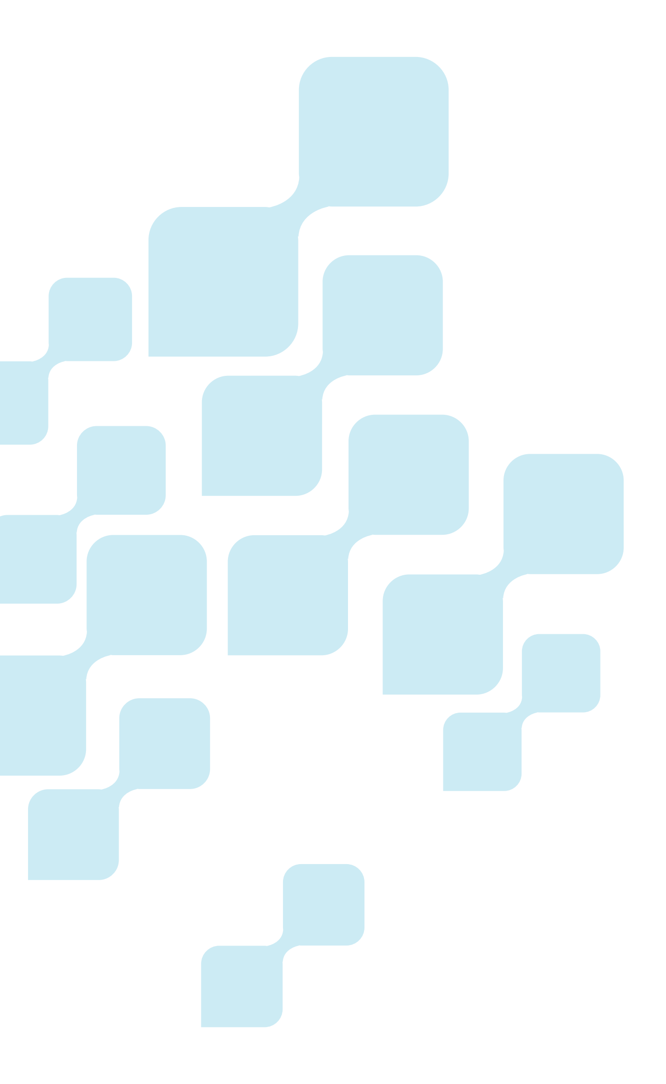
Capítulo 12*

Métodos químicos

Puntos clave

- ✓ Son de los métodos anticonceptivos menos eficaces. Por este motivo, suelen usarse como respaldo de otros métodos.
- ✓ Se introducen profundamente en la vagina, en la zona próxima al cuello uterino y pueden colocarse antes para no interrumpir la relación sexual.
- ✓ Aumentan la lubricación durante el coito.
- ✓ El uso frecuente de nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de contraer VIH.
- ✓ No protegen contra las ITS.

(*) En este capítulo se presenta sólo lo esencial sobre métodos químicos.



12.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS QUÍMICOS

Los métodos químicos son *sustancias surfactantes* que se introducen profundamente en la vagina, en la zona próxima al cuello uterino, y que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Las más utilizadas son ***nonoxinol-9*** y cloruro de benzalconio.

Se presentan en diferentes formulaciones: óvulos, cremas, impregnados en las esponjas vaginales o con los preservativos.

12.1.2. Mecanismo de acción

Funcionan rompiendo la membrana de los espermatozoides, que se destruyen o enlentecen su movimiento. Esto evita que el espermatozoide llegue a contactar al óvulo.

12.1.3. Eficacia

En general, son anticonceptivos de **baja eficacia**. Su eficacia depende de la persona usuaria.

- **Con el uso correcto:** 18 embarazos cada 100 mujeres durante el primer año de uso.

- **Con el uso común:** 28 embarazos cada 100 mujeres durante el primer año de uso.

12.1.4. Recuperación de la fertilidad

Al suspender la colocación del espermicida se recupera la fertilidad sin demora.



12.1.5. Protección contra las infecciones de transmisión sexual

Ninguna. El uso repetido y a altas dosis de nonoxinol-9 se ha asociado a un aumento del riesgo de **sufrir lesiones genitales** lo que, a su vez, puede aumentar el riesgo de adquirir la infección de VIH.

12.2. QUIÉN PUEDE Y QUIÉN NO PUEDE UTILIZAR ESTE MÉTODO

Los espermicidas son seguros y aptos para casi todas las personas con capacidad de gestar. No pueden ser utilizados por aquellas que presentan alergia a los espermicidas.

No provocan defectos de nacimiento y no dañan al feto si se produce un embarazo utilizando el espermicida, o se comienza a utilizarlo accidentalmente estando ya embarazada.

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados (Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):

- Enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS)
- Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS)
- Personas que se encuentran recibiendo terapia antirretroviral.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* del método (Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).

- Personas que presentan alto riesgo de infección por VIH.

12.3. ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO

Los pasos a seguir son:

1. Verificar fecha de vencimiento del producto.
2. Introducir el espermicida profundamente en la vagina, próximo al cuello, con un aplicador o con los dedos si son óvulos, tabletas o supositorios.
3. Debe ser colocado antes de cada relación sexual, con un tiempo no mayor a 1 hora y no menor a 15 minutos en caso de óvulos. La crema necesita menos o ningún tiempo de espera.
4. No deben realizarse lavados vaginales hasta 6 horas después del coito.
5. La duración del efecto anticonceptivo es de aproximadamente una hora.
6. Para cada coito vaginal debe usarse una dosis nueva.
7. Dado que son métodos de mediana eficacia per se, se recomienda utilizarlos siempre junto al preservativo o diafragma.
8. Recomendación: deben guardarse en un lugar fresco y seco, fuera del alcance del sol.



Consideraciones particulares si la persona decide usar métodos químicos:

- Si la persona decide utilizar este método, es importante conversar sobre el bajo grado de eficacia si se usa solo.

- Hacer énfasis en la conveniencia de ser usado como coadyuvante de un método de barrera.

- Informar que el uso repetido y a altas dosis de nonoxinol-9 se ha asociado a un aumento del riesgo de sufrir lesiones genitales lo que, a su vez, puede aumentar el riesgo de adquirir la infección de VIH.

12.4. EFECTOS SECUNDARIOS

- *Irritación* en o alrededor de vagina o pene.

- *Infección urinaria,* en especial si se usan dos o más veces por día, aunque es poco frecuente.

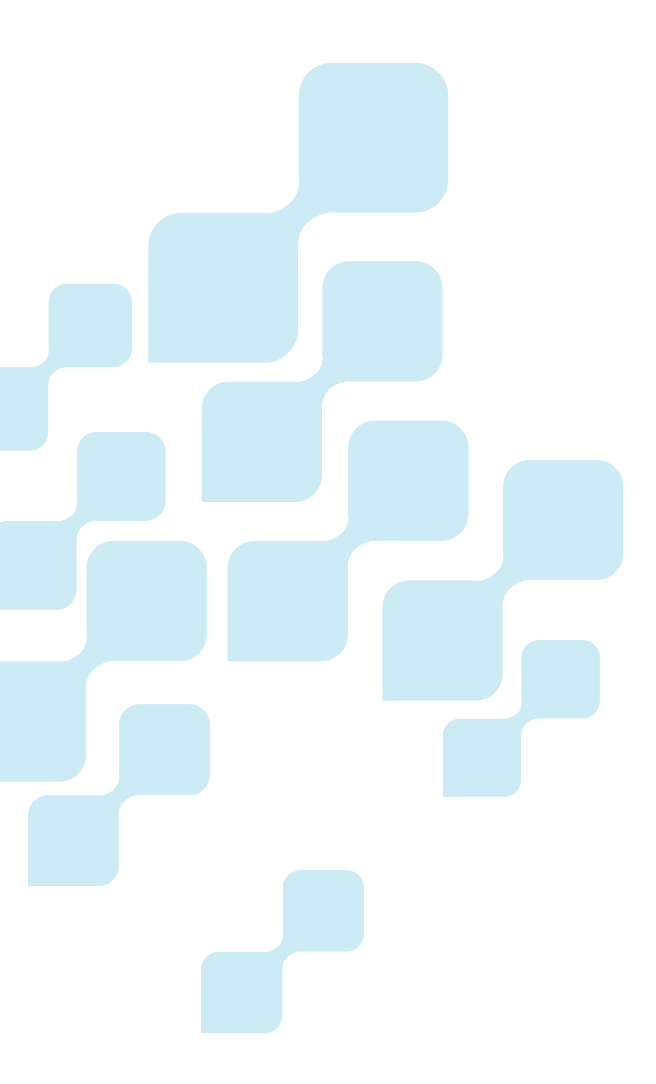
- *El uso frecuente de nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de contraer VIH.*

Capítulo 13

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)

Puntos clave

- ✓ Son una alternativa para quienes desean usar métodos "naturales" por distintas razones.
- ✓ La efectividad de los MBCF depende de:
  - La exactitud del cálculo para identificar los días fértiles de la persona con capacidad de gestar.
  - La habilidad de la persona para identificar correctamente su fase fértil y para seguir las normas del método elegido.
  - La motivación de la persona y su pareja, si la tuviere, para usar el método correctamente.
- ✓ Requieren de períodos en los que hay que abstenerse de practicar coito vaginal, o utilizar un método adicional como el preservativo.



13.1. CARACTERÍSTICAS

Los **métodos basados en el conocimiento de la fertilidad** son métodos anticonceptivos basados en la *abstención del coito vaginal* en los momentos fértiles.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la abstinencia periódica como el método natural con el que se evitan, voluntariamente, las relaciones sexuales durante la fase fértil del ciclo, con el fin de evitar un embarazo. Por ello, se los denomina métodos anticonceptivos basados en el conocimiento de la fertilidad **(MBCF)** o "métodos naturales".

Los *métodos naturales* requieren el conocimiento por parte de la persona de sus días fértiles, y de su convicción y voluntad de abstenerse del coito vaginal, o utilizar otro método como preservativo, durante esos días. Si la persona usuaria de los MBCF está en pareja, los acuerdos y negociaciones sobre cuándo tener relaciones sexuales deberán incluir y contemplar la necesidad de abstenerse de relaciones sexuales con penetración pene-vagina durante los períodos fértiles o utilizar un método alternativo, como el preservativo, en esos días.

En la consejería es importante hablar de la voluntad de la persona usuaria de utilizar MBCF y de la necesidad de negociación con la pareja para lograr su cooperación para garantizar la adherencia al método. En ese sentido, es importante contemplar que las desigualdades de género pueden producir situaciones de presión o de violencia sexual que requieren ser visibilizadas y abordadas.

El coito interruptus ("acabar afuera") no es una opción segura para ser utilizada durante los períodos fértiles, puesto que su uso habitual tiene una alta tasa de falla.



13.1.1. Clasificación

Según la forma de valorar los días fértiles, se denominan:

Clasificación según la forma de valorar los días fértiles:

- *Métodos basados en el calendario: del ritmo (Ogino-Knaus) y de los días fijos.*
- *Método de la temperatura basal.*
- *Método de las secreciones cervicales o Método de Billings.*
- *Método sintotérmico: combina temperatura basal y las secreciones vaginales.*

13.1.2. Eficacia

La eficacia de los MBCF depende exclusivamente de la usuaria y su/s pareja/s sexuales.

Con el uso habitual: se producen cerca de 24 embarazos cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica en el primer año de uso.

Con el uso correcto: las tasas de embarazo varían para los diferentes tipos de métodos. Van de menos de un embarazo cada 100 personas que lo usan (0,4) a 5 embarazos cada 100.

Su mayor tasa de fracasos se observa en la adolescencia y la perimenopausia, debido a que en estos períodos son más frecuentes los ciclos irregulares.

13.1.3. Retorno de la fertilidad luego de interrumpir su uso

No afectan la fertilidad.

13.1.4. Protección contra el VIH y otras ITS

Los MBCF no ofrecen ninguna protección contra el VIH ni otras ITS.

13.1.5. Efectos secundarios

No presentan efectos colaterales ni riesgos para la salud.

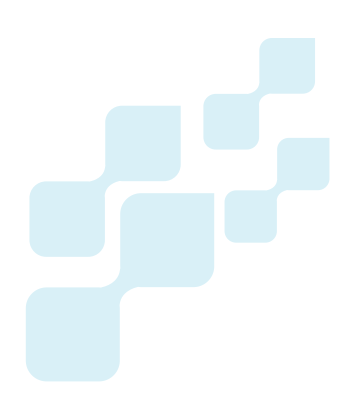


Figura 13.1. Fisiología del ciclo menstrual

Para comprender mejor los métodos naturales, es importante tener en claro la fisiología del ciclo menstrual[1] y realizar esta explicación a las usuarias interesadas en estos métodos. Poder identificar los días fértiles puede ser útil tanto para quienes desean evitar un embarazo, como para quienes desean quedar embarazadas.

Ciclo uterino
Flujo menstrual
Fase proliferativa
Fase secretora

Ciclo ovárico
OVARIO
crecimiento folicular
ovulación
formación del cuerpo lúteo

Espesor tejido endometrial
ENDOMETRIO
2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28
días

días fértiles

Días y fertilidad
DIAS
menstruación
ovulación
1 5 9 12 14 16 18 22 28

En ciclos regulares la ovulación y la fertilización son posibles tan temprano como el día 7 y tan tarde como el día 21

1. Para más información ver el Capítulo 3, Anatomía y fisiología de los órganos genitales.



13.2. MÉTODOS DEL CALENDARIO

Los métodos basados en el **calendario** implican *llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual* a fin de identificar el comienzo y la finalización del período fértil. La presunción de fertilidad está dada porque la ovulación ocurre, en promedio, entre los días 14 al 16 del ciclo; pero también debe considerarse que los espermatozoides pueden permanecer en el conducto cervical hasta siete días después de un coito, capacitándose en las criptas cervicales. En tanto, el óvulo tiene capacidad fecundante durante 24 horas.

Método de los días fijos

Se considera **días fértiles del día 8 al 19.** En esos días *no se pueden tener relaciones sexuales con penetración pene-vagina* sin utilizar un método adicional, como preservativo. Se puede tener relaciones con penetración pene-vagina sin protección anticonceptiva adicional del 1 al 7 y del 20 en adelante. Existe un "collar del ciclo" con cuentas de diferentes colores para ayudar a las personas usuarias de este método a contabilizar los días fértiles y los no fértiles.

De los métodos del calendario, el más seguro es el método del ritmo que se describe a continuación.

Método del ritmo (Ogino-Knaus)

Para adoptar este método, deben registrarse los ciclos durante un año. A los ciclos más cortos se le restan 18 días y a los más largos se le quitan 11 días.

Por ejemplo: Ciclo de 26 días – 18 = 8 días
Ciclo de 32 días – 11 = 21 días.

Según este cálculo, la persona debe abstenerse de coito vaginal desde el día 8 del ciclo hasta el día 21.

De los métodos del calendario, el método del ritmo es el más efectivo.

> ***Los métodos del calendario deben utilizarse con precaución en la adolescencia, ya que recién se han iniciado los ciclos o en aquellas mujeres en las que los ciclos se han vuelto menos frecuentes debido a la edad, ya que puede ser difícil identificar el período fértil.***

Se recomienda postergar el comienzo de un método del calendario luego de un parto o si se está amamantando, hasta tener como mínimo tres menstruaciones y que éstas se hayan regularizado. También en caso de un aborto, debe postergarse su adopción hasta el inicio de la próxima menstruación.

La persona usuaria debe tener presente que **algunos medicamentos de uso crónico pueden alterar sus ciclos menstruales,** como por ejemplo algunos ansiolíticos (excepto benzodiacepinas), algunos antidepresivos (inhibidores selectivos de la receptación de serotonina); en el caso de antiinflamatorios no esteroides su uso prolongado puede retrasar la ovulación. Por ello, es conveniente brindar información actualizada y correcta a quien está recibiendo un tratamiento crónico.

13.3. MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL

La **temperatura del cuerpo de la persona** en descanso se eleva levemente después de la liberación de un óvulo (ovulación) y se mantiene elevada hasta el comienzo de su siguiente menstruación.

La temperatura debe *tomarse en forma basal, es decir, por la mañana, antes de levantarse, de forma diaria, durante 5 minutos,* ya sea de forma rectal, vaginal u oral. Los datos se registran en gráficos especiales y su lectura es sencilla.

En una persona sana, durante la fase folicular, la temperatura permanece por debajo de los 37° C; disminuye previo a la ovulación y aumenta posteriormente entre 0.2° C a 0.4° C.

Esto significa que la persona debe **abstenerse de mantener relaciones con penetración pene-vagina desde el primer día del ciclo hasta el tercer día después de la elevación térmica.** El período de infertilidad se extiende hasta su próxima menstruación; la temperatura vuelve a descender uno o dos días antes de la menstruación.

13.3.1. Desventajas

- Debe tomarse la temperatura todos los días.
- No pueden adoptarlo las mujeres que trabajan en horarios nocturnos o las que padecen afecciones que determinan estados febriles; tampoco las mujeres potencialmente anovuladoras, especialmente en la adolescencia y en la perimenopausia.
- Para ser efectivo requiere de largos períodos en los que hay que abstenerse de practicar coito vaginal.

13.4. MÉTODO DEL MOCO CERVICAL O MÉTODO DE BILLINGS

Se basa en la *observación de los cambios* que ocurren en el **moco cervical.** Requiere un entrenamiento para percibir estos cambios.

Después del término de la menstruación comienza un período seco que dura entre dos y tres días. Luego aparece un moco inicialmente blancuzco, turbio y pegajoso, que se hace cada vez más claro, transparente y elástico (al estirarse entre los dedos parece un hilo). El último día del moco con este aspecto se llama el día del ápice del moco. Esto significa que la ovulación ya ocurrió, o está ocurriendo dentro de más o menos 24 horas. En el cuarto día después del día del ápice, comienza el período infértil que dura hasta la menstruación siguiente.

> *Desde el día en que aparece el moco hasta el cuarto día después del ápice, no se deben mantener relaciones sexuales con penetración pene-vagina, ya que ese es el período fértil.*

Este método debe evitarse ante infecciones cervicovaginales, secreciones vaginales debido a estímulo sexual y durante la lactancia.

13.5. MÉTODO SINTOTÉRMICO

Es una técnica mediante la cual la persona reconoce los *cambios del moco* cervical y del cuello uterino **relacionándolos con la temperatura basal.** Estos indicadores del tiempo de la ovulación son los que llevan a denominarlo método sintotérmico.

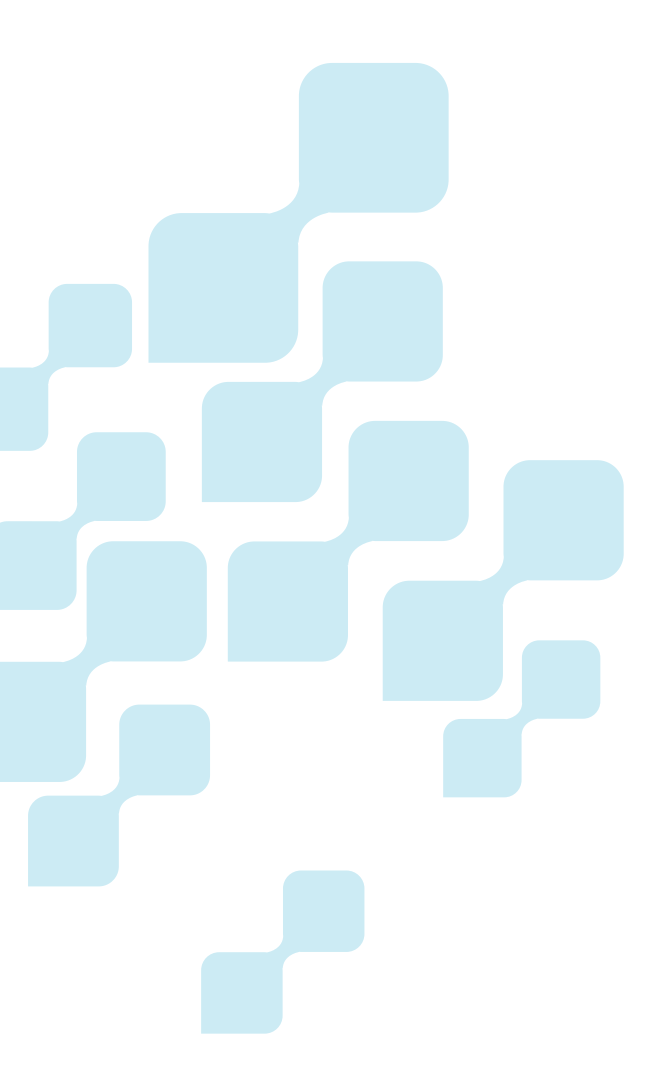


Capítulo 14

Anticoncepción en la Adolescencia y en la Perimenopausia

Puntos clave

- ✓ Las y los adolescentes deben tener acceso a la variedad de opciones disponibles en métodos anticonceptivos (MAC). La edad no constituye una razón para dejar de entregar los diferentes MAC.
- ✓ La atención integral de la salud es muy importante en la adolescencia. La consejería debe incluir la prevención de embarazos, la prevención VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y el trabajo sobre prácticas de cuidado.
- ✓ En la perimenopausia, las mujeres sexualmente activas que no desean embarazos necesitan un método anticonceptivo hasta que la menopausia sea confirmada.
- ✓ Algunos MAC presentan ciertos riesgos y beneficios no anticonceptivos en la perimenopausia.
- ✓ En la perimeopausia, como en el resto de las etapas de la vida, es importante dar información sobre prevención de VHI y otras ITS.



INTRODUCCIÓN

Los métodos anticonceptivos, tal como se anticipó en el Capítulo 5, pueden utilizarse durante toda la vida fértil de las personas. Sin embargo, hay circunstancias particulares que inciden en la elección o recomendación del método.

En este capítulo la atención está centrada en la *adolescencia* y la *perimenopausia*, etapas en la vida que, por los cambios físicos, psíquicos y sociales, merecen especial atención por parte del equipo de salud.

14.1. ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Puntos clave

- ✓ El MAC ideal será aquel que mejor se adapte a las necesidades de cada adolescente.
- ✓ La elección del método debe ser libre y personal. El equipo de salud tiene que respetar la decisión del/la adolescente, sin criticar ni prejuzgar.
- ✓ Es importante brindar información sobre los métodos anticonceptivos, incluidos los de larga duración (LARC) y sus beneficios.
- ✓ Un aspecto a trabajar en la consejería con adolescentes es el uso del preservativo asociado a otro método como "doble protección".
- ✓ Es conveniente aprovechar la oportunidad para informar sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), dónde y cómo adquirirla, y entregarla preventivamente para cualquier emergencia.



La *adolescencia* es la etapa del desarrollo caracterizada por una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales, comprendida, para la OMS, entre los 10 y 19 años de edad. Durante esta etapa suelen iniciarse las relaciones sexuales, por lo que es importante ofrecer información sobre MAC y prevención de ITS en todas las situaciones en que las y los adolescentes concurran al sistema de salud. Es decir ofrecer consejería como oportunidad en la asistencia. Es importante tener en cuenta que si bien en términos sociales y de salud se define a la adolescencia como una etapa que inicia a los 10 años, el marco legal vigente define como adolescentes a las personas a partir de los 13 años, momento desde el cual pueden solicitar y consentir cualquier práctica y tratamiento que no implique un riesgo grave para su salud o vida. Asimismo, el Código Civil y Comercial argentino reconoce a las personas a partir de los 16 años como adultos para la toma de decisiones sobre su cuerpo y su salud (Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud).

Niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la información, clara, completa y basada en evidencia científica. La obligatoriedad de atenderlos/as supone siempre el trato digno y respetuoso, y el respeto a la intimidad y a la confidencialidad de la consulta.

Las consultas realizadas por adolescentes sobre métodos anticonceptivos deben ser tomadas como consultas de urgencia, ya que puede tratarse de una oportunidad única para evitar tanto un embarazo no intencional como la transmisión de una ITS.

Es importante que el equipo de salud no interponga sus valores personales (por ejemplo sobre el inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, prácticas, etc.) a la hora del asesoramiento. Las y los adolescentes tienen derecho a recibir información clara, oportuna, completa y científicamente validada sobre métodos anticonceptivos y prevención de ITS, así como a acceder al método elegido sin obstáculos y en forma autónoma desde los 13 años.

LAS Y LOS ADOLESCENTES PUEDEN ENCONTRARSE EN SITUACIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD DEBIDO A:

- No ser consideradas/os sujetos de las decisiones respecto de su salud y su cuerpo.
- Educación sexual poco accesible, escasa o deficiente.
- En algunos casos, sentimiento de invulnerabilidad o poca percepción de los riesgos.
- Dependencia económica.
- Situaciones en las que son objeto de presiones, manipulaciones o abuso de poder.
- Exposición en las redes sociales.

14.1.1. Consejería en la adolescencia

A continuación, se exponen algunos puntos a trabajar durante la consejería con adolescentes:

• Recursos materiales y afectivos para prácticas de *autocuidado:* ayudar a identificar pares y referentes en quienes pueda confiar.

• Apuntar a construir *estrategias* para consensuar o negociar el *uso del preservativo,* proveer preservativos y anticoncepción de emergencia (AHE).

• Conversar sobre la importancia de poder *elegir si tener hijos/as o no,* y cuándo, en relación a su proyecto de vida. Informar sobre la importancia de utilizar métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no intencionales.



• Dar *información clara sobre los diferentes MAC, incluyendo los de larga duración* y sus beneficios. Plantear cuáles son los métodos incluidos en la canasta que deben ser cubiertos en forma gratuita por el subsistema público, así como por las obras sociales y prepagas.

• *Proveer el método anticonceptivo* en caso que elija uno. Así como preservativos y AHE (y la información de cómo proveerse de los mismos en el futuro).

• Combinar la información sobre métodos anticonceptivos con la relativa a la *prevención del VIH y otras ITS,* señalando lo óptimo de la "doble protección".

• Destacar la *importancia del autoconocimiento para poder tener experiencias sexuales placenteras.* Informar sobre los beneficios de la masturbación, así como de las diferentes respuestas sexuales y las posibilidades para evitar prácticas sexuales que resulten dolorosas o displacenteras.

• Es necesario problematizar con las/os adolescentes la *centralidad del consentimiento* para todas las prácticas sexuales. Así como problematizar ideas como las de "confianza", "prueba de amor", etc. Estas representaciones obstaculizan el ejercicio de una sexualidad más segura, y colocan a las/os adolescentes en situaciones de vulnerabilidad.

La consejería es un espacio privilegiado para conversar con las y los adolescentes acerca del VIH y otras ITS, y sobre temores y saberes en relación al cuidado. Favorecer el acceso al testeo con asesoramiento si quieren conocer su estado serológico mejora las posibilidades de ejercer prácticas de cuidado de manera activa y consciente.

Algunas sugerencias para las consejerías para adolescentes:

• Brindar asesoramiento en un lugar privado, donde no puedan ser vistas/os o escuchadas/os por terceros.

• Informar sobre el derecho a la confidencialidad y asegurarlo.

• Escuchar atentamente y hacer preguntas abiertas tales como "¿En qué puedo ayudarte?" y "¿Qué preguntas tenés?" y partir de sus intereses.

• Usar un lenguaje sencillo y evitar los términos técnicos.

• Si la usuaria o el usuario lo desea, incluir a otras personas de su confianza en la consejería.

• Hablar sin emitir juicios haciendo eje en sus derechos (por ejemplo, decir "Vos podés" en lugar de "Vos debés"). Respetar sus decisiones, brindando información para que puedan elegir visualizando diferentes posibilidades.

• Tomarse el tiempo para abordar en profundidad las preguntas, temores y desinformación sobre relaciones sexuales, ITS y MAC.

• Incluir información respecto a pubertad, menstruación, masturbación, eyaculación nocturna, higiene de los genitales, etc.

Puede ser necesario y conveniente que el equipo que trabaje con adolescentes tenga un **espacio de reunión para poner en común y reflexionar sobre el trabajo cotidiano.** Pensar con otras/os y multidisciplinariamente puede mejorar la satisfacción del equipo, a la vez que mejoran los resultados logrados en la

atención. Asimismo es recomendable realizar articulaciones interinstitucionales e intersectoriales con escuelas y otros espacios donde concurren jóvenes habitualmente para facilitar el acceso a la información, a métodos anticonceptivos y a los cuidados de la salud en general.

14.1.2. ¿Qué métodos anticonceptivos se pueden utilizar durante la adolescencia?

Durante la adolescencia se puede utilizar, en general, cualquier método anticonceptivo de manera segura. **La edad,** por sí misma, **no constituye una razón médica** para no otorgar métodos a un/a adolescente.

Para valorar la seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- *Las preferencias y posibilidades para sostener la adherencia al método,* y la situación de contexto para acceder al mismo. Las condiciones de vida, así como las creencias, costumbres y preferencias constituyen aspectos importantes que cada persona debe considerar en la elección del método.

- *Si tiene alguna otra condición personal o de salud que pueda influir en la elección,* es necesario tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad según la situación singular. Los criterios utilizados en personas adultas, referentes a patologías, se aplican también a las jóvenes.

- *El método anticonceptivo ideal será aquel que mejor se adapte a las necesidades de cada adolescente.* En el proceso de toma de decisión es importante que la persona pueda ponderar las inquietudes, dudas o dificultades con respecto a algunos métodos contra las ventajas de evitar un embarazo no intencional.

La consulta por anticoncepción es una URGENCIA. La/el adolescente que solicita un método siempre debe irse con una RESPUESTA ANTICONCEPTIVA.

A continuación, se presentan los MAC que pueden ser utilizados durante la adolescencia de manera segura, tomando en cuenta algunas consideraciones particulares para esta etapa de la vida.

Para completar la información sobre cada método en particular, consultar los capítulos respectivos.

Una adecuada consejería ayudará a la utilización correcta del método y a una mayor adherencia.

14.1.2.1. Métodos de barrera

No hay ninguna restricción para su uso. El *preservativo* es el único método que protege contra el VIH y otras ITS y evita el embarazo.



El preservativo en la consejería con adolescentes:

- No dar por sentado que conocen su uso correcto. Se puede hacer una demostración y ensayar en una maqueta la técnica correcta, solicitándole a la/el adolescente que la explique como si le enseñara a otra persona.

- Entregar preservativos en la consulta. Informar sobre los lugares en donde pueden retirarse o adquirirse.

- En cada consulta es importante reforzar el uso adecuado, incentivar su uso en las siguientes relaciones, dar oportunidad para hablar de los posibles problemas que esté teniendo para negociar el uso y brindar nuevas herramientas o técnicas para facilitar su uso.

- Dar información sobre el uso correcto de lubricantes y sobre el campo de látex.



14.1.2.2. Anticonceptivos hormonales combinados

La edad no constituye una contraindicación para recibir *anticonceptivos hormonales combinados (AHC),* en cualquiera de sus presentaciones: *orales, inyectables, parches o anillos vaginales.*

> *Los anticonceptivos hormonales utilizados actualmente no interfieren en el crecimiento.*

Si bien los anticonceptivos orales son los más usados, debe brindarse información de todas las posibles vías de administración, como inyectables, parches o anillos, para que puedan elegir el método que se adecue más a sus necesidades y de esta manera mejorar la adherencia.

Los anillos vaginales y los inyectables no son detectados por el resto de las personas, lo que los hace métodos anticonceptivos más discretos.

Salvo las pastillas, que requieren recordar diariamente la toma, las otras vías de administración (anillos vaginales, parches e inyectables) requieren menor motivación por parte de la persona usuaria. Sin embargo, **solo los orales y los inyectables están incluidos en la canasta de métodos gratuitos.**

Anticonceptivos combinados orales (ACO)

Los *ACO* constituyen, junto con el preservativo, uno de los métodos más conocidos y utilizados por las adolescentes. Con el tiempo, algunos temores y prejuicios vinculados a los preparados hormonales, como el aumento de peso, del vello y del acné, se han ido disipando. Las nuevas formulaciones, al minimizar la dosis de estrógeno e incorporar nuevos gestágenos, produjeron resultados que permitieron minimizar los efectos secundarios y los temores asociados al uso.

Algunos estudios **recomiendan utilizar formulaciones que contengan no menos de 30 μg de etinilestradiol (EE),** dada la necesidad de un nivel adecuado de estrógeno que permita alcanzar el pico de masa ósea que se completa al terminar la segunda década de la vida. En caso de no disponer de dichas formulaciones, es posible usar ACO con dosis menores de EE de manera segura.

14.1.2.3. Anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno

El uso de *anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno* (orales, inyectable o implante) es una opción para aquellos casos en que estuviera contraindicado el uso de estrógenos, durante la lactancia y ante la imposibilidad o falta de deseo de utilizar otros métodos anticonceptivos.

14.1.2.4. Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

Las adolescentes pueden tomar AHE sin riesgos, incluso quienes no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante, ya que la dosis hormonal es relativamente pequeña y se utiliza por un corto tiempo. La OMS le otorgó a la AHE la **Categoría 1 en los Criterios médicos de elegibilidad,** ya que no posee contraindicaciones para su uso.

Es conveniente aprovechar las oportunidades de contacto de las y los adolescentes con el sistema de salud para brindar información sobre AHE como herramienta disponible para evitar un embarazo no deseado en caso de fallar el uso de otros métodos anticonceptivos, e incluso si no usó un método. Además de entregarla de forma preventiva para que la tengan en su casa ante cualquier emergencia, hay que informar dónde y cómo adquirirla.

Es muy útil entregar folletería informativa sobre AHE.

Aunque la AHE puede tomarse las veces que sea necesario, es importante informar que no es conveniente adoptarla como método habitual, dado que la eficacia anticonceptiva está relacionada sólo a una relación sexual específica. El uso frecuente puede ocasionar

irregularidades del ciclo menstrual que, aunque no tienen valor patológico, pueden ser molestas para la vida cotidiana de la persona usuaria y dificultar el adecuado seguimiento de algunos métodos.

USO FRECUENTE DE AHE Y DIFICULTADES CON EL MÉTODO HABITUAL

El uso frecuente de la AHE cuando ya se utiliza otro método anticonceptivo, requiere de nuevas conversaciones sobre las dificultades que la persona usuaria puede tener con ese método. Muchas veces estas dificultades son las que llevan a recurrir a la AHE. Es necesario dar lugar a la repregunta sobre si es posible o conveniente cambiar a otro método que resulte más cómodo y pueda sostenerse en el tiempo. Puede iniciarse un método anticonceptivo en forma segura luego de la toma de AHE.

Si bien muchas veces las demandas de las y los adolescentes no se ajustan a la modalidad de cuidado que se espera desde el equipo de salud, facilitar información clara, precisa y oportuna, así como el acceso a la AHE, puede reducir riesgos y daños en situaciones donde hay mayores dificultades para el cuidado.

14.1.2.5. Dispositivos intrauterinos (DIU)

El *DIU* es un método que **puede utilizarse en adolescentes de manera segura, incluso si son nulíparas.** En el Cuadro 14.1 se presentan los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el uso del DIU. Forma parte de los *métodos anticonceptivos de larga duración (LARC)* que tienen como ventaja no requerir de la acción cotidiana de la persona usuaria.

Destacar en la consejería que el DIU brinda seguridad, alta eficacia y confort al no exigir otra motivación más allá de la relacionada con su inserción desvinculada del coito; es de uso permanente y continuo y demanda un seguimiento relativamente espaciado.

Puede ser elegido cuando hay dificultades para la adherencia a otros métodos o existen contraindicaciones a otros MAC. **Ofrecerlo como anticoncepción post evento obstétrico** es una opción para quienes no desean un embarazo y contribuye a disminuir la tasa del segundo embarazo en la adolescencia y reducir asimismo el periodo intergenésico.

El equipo de salud debe tener en cuenta que existen estudios que indican que las adolescentes de 14 a 19 años pueden tener más posibilidades de expulsar el DIU porque su útero es más pequeño, sin que esto represente una contraindicación. No es requerimiento realizar una ecografía para evaluar el tamaño uterino previo a la colocación de DIU, pero si durante la misma se constata una histerometría menor a 6 cm debe optarse por un DIU de menor tamaño que el habitual u otro MAC.

Cuadro 14.1. Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el uso del DIU

Dispositivos intrauterinos (DIU)		
Condición	Categoría	
Edad	DIU-Cu	DIU-LNG
Menarca < de 20 años	2	2
> de 20 años	1	1
Nulíparas	2	2
Paridad	1	1

14.1.2.6. Diafragma

Habitualmente, la adolescencia no suele presentar contraindicaciones orgánicas para el uso del *diafragma*, como podrían ser el deficiente tono muscular de la vagina y distopías, pero es un método que requiere de una fuerte motivación para su utilización. Una correcta colocación (anterior al coito) exige un entrenamiento previo y un alto grado de conocimiento de sus genitales. En la actualidad, su indicación y uso son muy poco frecuentes.



14.1.2.7. Espermicidas y esponjas

Si la adolescente decide utilizar *espermicidas* y/o *esponjas*, es importante conversar sobre el muy bajo grado de eficacia si se usan solos y la conveniencia de usarlos junto con un método de barrera, por ejemplo, el preservativo. Además, es necesario informar que **el uso repetido y a altas dosis de nonoxynol-9 se ha asociado a un aumento de riesgo de lesiones genitales, lo que puede aumentar el riesgo de infección de VIH y otras ITS.**

USO DE ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE LARGA DURACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Si bien los anticonceptivos orales son muy utilizados entre las adolescentes, de acuerdo con las investigaciones, más de la mitad los discontinúa durante el primer año de uso. Las mujeres adolescentes tienen más probabilidades de suspender el método que mujeres más grandes. E incluso si las adolescentes continúan con la toma de pastillas, suelen presentar frecuentemente olvidos y otros errores en la toma.

Las investigaciones han demostrado que cuando las adolescentes reciben un adecuado asesoramiento sobre métodos anticonceptivos que incluya los LARCS, los eligen y usan con satisfacción.

El proyecto CHOICE comparó las tasas de falla anticonceptiva entre mujeres de diferentes edades. Este mostró que las tasas de embarazo no planificado en mujeres menores de 21 años que usaban pastillas, parches o anillos anticonceptivos prácticamente duplicaban las tasas en mujeres mayores que usaban esos métodos. Las tasas de embarazo no planificado entre mujeres que usaban AMPD inyectable y métodos LARC eran bajas, sin distinción por edad de las usuarias. El riesgo de embarazo no planificado con pastillas, parches o anillos es 20 veces más alto que con métodos LARC.

Los Criterios Médicos de Elegibilidad consideran categoría 2 el uso de los dos tipos de DIU en adolescentes y categoría 1 el uso de implante subdérmico. La DSSyR realizó un estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en Argentina (DSSyR, 2018) que demostró altos niveles de satisfacción y confianza por parte de las usuarias.

Tanto el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) como el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists recomienda que los métodos de larga duración figuren entre los más recomendados para jóvenes y adolescentes.

14.1.2.8. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)

Los ciclos menstruales irregulares frecuentes en la adolescencia son un obstáculo para usar en esta etapa vital los *métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)*. Estos métodos deben utilizarse con precaución por quienes recién han iniciado sus ciclos, ya que puede resultar difícil identificar el período fértil. **Los MBCF tienen una baja eficacia.**

Es conveniente dar lugar en la consejería al tema del coito interrumpido, brindando información correcta sobre la baja efectividad de esta práctica. A su vez, es una oportunidad para conversar sobre los cuidados para evitar la transmisión de VIH y otras ITS.

14.1.2.9. Método de lactancia amenorrea (MELA)

Es apropiado solo para las adolescentes que están en amenorrea en los primeros seis meses post parto, que amamantan en forma exclusiva. Es importante advertir que tiene una elevada tasa de falla por las condiciones que hay que cumplir para que sea eficaz. Para más información ver Capítulo 15, Anticoncepción post evento obstétrico.

14.1.2.10. Anticoncepción quirúrgica

A partir de la sanción del Código Civil y Comercial (CCyC) del 2015 toda persona mayor de 16 años es considerada como adulta para decidir sobre su salud y su cuerpo. Es por eso que a partir de los 16 años[1] las/los adolescentes tienen derecho a acceder a *la anticoncepción quirúrgica* de manera autónoma.

Debido al carácter permanente de la vasectomía y la ligadura tubaria, es importante que la/el adolescente que esté considerando la AQ piense cuidadosamente si querrá o no tener hijos/as (en caso de que no los tenga) o tener más hijos/as en el futuro. Durante la consejería, al momento de brindar información sobre todos los MAC se puede hacer hincapié en que los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) pueden ser una alternativa para quienes deseen mantener la anticoncepción en forma prolongada.

Debe tenerse en cuenta que las personas jóvenes son quienes tienen mayores posibilidades de arrepentirse de la anticoncepción quirúrgica[2]. No obstante, si la persona tiene la decisión tomada y luego de la consejería reafirma su decisión de acceder a la ligadura de trompas o a la vasectomía, es su derecho que se lleve adelante la práctica previa firma del consentimiento informado. Forma parte de las obligaciones profesionales el cumplimentar el requerimiento y llevar adelante la anticoncepción quirúrgica.

1. Las únicas exceptuadas son las personas mayores de edad con sentencia firme y vigente de restricción de la capacidad para decidir sobre su salud o su cuerpo.
2. Ver Regret following female sterilization at a young age: a systematic reviewBKathryn M. Curtisa,T, Anshu P. Mohllajeea, Herbert B. Petersonb,cContraception 73 (2006) 205 – 210 y The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, October 2011; 16: 336–340 REVIEW Female sterilisation in the United States Nikki Zite * and Sonya Borrero



14.2. ANTICONCEPCIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA

Puntos clave

- ✓ Aunque la fertilidad disminuye con los años, las mujeres sexualmente activas que no desean embarazos necesitan un método anticonceptivo hasta que la menopausia sea confirmada.
- ✓ Pese a que ningún MAC está contraindicado para esta etapa de transición, la edad es un indicador de riesgo aumentado para desarrollar algunas patologías que podrían condicionar la elección del método.
- ✓ El equipo de salud debe habilitar el acceso a consultas de seguimiento en esta etapa de la vida, por si se verifica algún cambio en las condiciones de salud que pueda modificar la elegibilidad del método.



La *perimenopausia* es un período de transición entre los ciclos menstruales ovulatorios normales y el cese de la ovulación y la menstruación, producido por la pérdida de la función ovárica. Ni el comienzo ni la finalización de este período están bien definidos.

La menopausia o última menstruación se identifica luego de un año de amenorrea (ausencia de menstruación) en mayores de 50 años o luego de dos años en menores de 50. Por lo tanto, se la reconoce **solamente en forma retrospectiva**. En la mayoría de las mujeres esto ocurre entre los 45 y 55 años.

Durante la perimenopausia ocurren ciclos ovulatorios y anovulatorios, por lo tanto, aunque la fertilidad disminuye, las personas con capacidad gestante sexualmente activas que no desean embarazos necesitan un método anticonceptivo hasta que la menopausia sea confirmada.

14.2.1. Consejería en la perimenopausia

En el momento de la consejería, puede ser necesario dar lugar a que se expresen sensaciones y sentimientos que atraviesa la persona en esta situación vital, donde se produce el fin de la función reproductora. Es conveniente tener presente algunos puntos a considerar en esta edad de la vida para orientar en la toma de decisiones:

- **Fertilidad:** aunque la fertilidad disminuye con los años, las personas con capacidad de gestar son potencialmente fértiles hasta alcanzar la menopausia.

- **Embarazo:** el riesgo de alteraciones fetales cromosómicas, aborto espontáneo, complicaciones del embarazo, morbilidad y mortalidad materno-fetal aumenta en personas gestantes mayores de 40 años.

- **Alteraciones menstruales:** suele ser común que se experimente un cambio en el patrón de sangrado menstrual (ciclos más cortos y/o más largos), que frecuentemente ocasionan sangrados impredecibles y /o abundantes.

- **Sequedad vaginal:** con los cambios tróficos hormonales, puede aparecer sequedad vaginal, lo que dificulta las relaciones sexuales pudiendo producir dispareunia (dolor durante el coito y otras prácticas sexuales). En este caso, es conveniente asesorar en el uso de lubricantes vaginales.

- **Síntomas vasomotores:** los sofocos, sudoraciones nocturnas y palpitaciones pueden presentarse en este período. En algunos casos, afectan el sueño y la calidad de vida.

- **Riesgos de la salud relacionados con la edad:** la enfermedades crónicas, particularmente cardio y cerebrovasculares y oncológicas (cáncer mamario y cervicouterino) aumentan con la edad.

14.2.2. ¿Qué método anticonceptivo se pueden utilizar durante la perimenopausia?

Ningún método anticonceptivo está contraindicado exclusivamente por la edad. Sin embargo, **la edad es un indicador de riesgo aumentado** para desarrollar algunas patologías que podrían condicionar la elección del método. Es importante, entonces, observar en la entrevista la situación singular de la persona usuaria con sus aspectos médicos clínicos, sexuales, reproductivos y sociales relevantes en función de detectar posibles contraindicaciones o indicaciones especiales, teniendo en cuenta los Criterios Médicos de Elegibilidad para orientar en la decisión.

Por otro lado, algunos métodos presentan ciertos riesgos y **beneficios no anticonceptivos** que en esta etapa de la vida cobran una relevancia adicional y deben ser informados a la persona usuaria, para que realice una elección más adecuada según sus necesidades y posibilidades.



14.2.2.1. Métodos de barrera: el preservativo

No hay ninguna restricción para el uso de *preservativos* en la perimenopausia y debe recordarse la importancia de su uso para la prevención de ITS. En caso de que presente sequedad vaginal, el uso del preservativo puede producir molestias y/o aumentarlas durante las relaciones sexuales. Por este motivo, es importante asesorar en el uso de **lubricantes de base acuosa,** facilitar su accesibilidad[3] y, a la vez, informar que el uso de cremas, aceites, vaselina y otros lubricantes de base grasa, disminuyen la protección proporcionada por los métodos de barrera.

14.2.2.2. Anticonceptivos hormonales combinados (AHC) (orales, inyectables, parches, anillos vaginales)

En mujeres ≥ de 40 años y en ausencia de otra condición clínica adversa, los AHC pueden utilizarse hasta la menopausia (Categoría 2 de los Criterios de elegibilidad de la OMS). En estos casos, cuando se prescriben AHC, la primera opción en anticonceptivos orales es aquella que contenga la menor dosis de estrógeno que provea un adecuado control del ciclo.

Beneficios no anticonceptivos *en la perimenopausia con el uso de AHC:*

- *Salud ósea:* podría ayudar en el mantenimiento de la densidad mineral ósea.

- *Dismenorrea y control del ciclo:* regularizaría los ciclos y disminuiría el sangrado y el dolor menstrual.

- *Síntomas vasomotores:* en algunos casos se ven más beneficios con los regímenes extendidos (se utilizan de manera continua, sin intervalos libres, por lapsos de al menos 3 a 6 meses).

- *Cáncer de ovario y endometrio:* provee un efecto protector contra estos cánceres, que continúa por más de quince años luego de su discontinuación. También disminuye la incidencia de quistes de ovario.

- *Patología mamaria benigna:* reduciría la incidencia de patología mamaria benigna.

- *Cáncer colorrectal:* reduciría el riesgo de este tipo de cáncer en las personas usuarias actuales o recientes.

Controversias en el uso de AHC:

- *Cáncer de mama:* la evidencia que relaciona los AHC con el cáncer de mama no es concluyente ya que algunos estudios señalan un leve aumento del riesgo mientras otros no lo confirman. Sin embargo, los estudios están de acuerdo en que no aumenta la muerte por cáncer de mama en usuarias de anticonceptivos hormonales combinados[4].

La historia de la enfermedad benigna de la mama o antecedentes familiares de cáncer de mama no debe ser considerado como una contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

3. El DSSyR distribuye sobres de 3g. de gel lubricante en base acuosa, que están disponibles en todos los efectores de salud.
4. Hannaford PC., Iversen L., Macfarlane TV., et al. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of general practitioners' oral contraception study. BMJ. 2010; 340:c927.
La razón por la que no aumenta la muerte por cáncer de mama en usuarias AHC podría deberse a que las personas usuarias estos métodos están más cerca del sistema de salud y hacen más controles con lo que aumentaría la detección y diagnóstico precoz.
También se puede ver:
Charlton BM., Rich-Edwards JW., Colditz GA., et al. Oral contraceptive use and mortality after 36 years of follow-up in the nurses' health study: prospective cohort study. BMJ. 2014; 349:6356.
Ichida M., Kataoka A., Tsushima R., Taguchi T. No increase in breast cancer risk in Japanese women taking oral contraceptives: a case-control study investigating reproductive, menstrual and familial risk factors for breast cancer. Asian Pac J Cancer Prevent. 2015; 16:3685–3690.
Barrigaa P., Vanhauwaertb P., Porcilec A. Hormonal contraception and risk of breast cancer: a critical look. Gynecological endocrinology https://doi.org/10.1080/09513590.2019.1576610

• *Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular:* en mujeres en edad reproductiva, la morbilidad y la mortalidad por tromboembolismo venoso (TEV), infarto de miocardio (IM) o accidente cerebrovascular (ACV) es rara, pero el riesgo aumenta con la edad y con el uso de AHC. Se deben tener en cuenta otros factores de riesgo de TEV como la obesidad, el tabaquismo y la historia familiar de TEV para evaluar la prescripción de AHC en mujeres mayores de 40 años.

• *Leve aumento del riesgo de ACV isquémico* que se asociaría al uso de AHC en mujeres que padecen migraña con aura o en usuarias de los antiguos anticonceptivos con dosis estrogénica mayores de 50 mcg. Hay que tener en cuenta otros factores de riesgo para ACV isquémico como el tabaquismo, obesidad, edad, dislipemia, fibrilación auricular entre otros[5].

Situaciones en las que no se recomienda el uso de AHC:

• *El cigarrillo y la edad* son factores de riesgo independientes para las enfermedades cardiovasculares. Las mujeres ≥ de 35 años que fuman menos de quince cigarrillos por día corresponden a la Categoría 3 y las que fuman ≥ de quince cigarrillos corresponden a la Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS.

• *La hipertensión arterial* aumentaría el riesgo de ACV e IM en las personas usuarias de AHC, por lo que dependiendo la situación es Categoría 3 ó 4 de los CME.

• *Las personas con enfermedad cardiovascular, ACV o migraña con y sin aura* presentan contraindicación para el uso de AHC, al igual que las que presentan múltiples factores de riesgo (edad avanzada, tabaquismo, diabetes e hipertensión).

La tensión arterial debe ser medida antes y al menos 6 meses después de iniciado el uso de AHC en mayores de 40 años y monitorearla por lo menos una vez por año.

14.2.2.3. Anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno (orales, inyectable, implante y DIU-LNG)

Beneficios:

• *Síntomas vasomotores:* el uso de progestágenos inyectables reduciría estos síntomas.

• *Dismenorrea:* su uso podría aliviar la dismenorrea.

• *Patrones de sangrado:* sus alteraciones son frecuentes y es una causa habitual de discontinuación del método. Sin embargo, quienes presentan ciclos irregulares o sangrados abundantes se beneficiarían de la amenorrea que puede producir.

• *Está aprobado el uso del DIU-LNG en el tratamiento del sangrado uterino abundante.* Es una opción de utilidad en el sangrado menstrual abundante, frecuentemente observado en las mujeres mayores de 40 años luego que otras patologías hayan sido excluidas.

• *Métodos reversibles de larga duración,* implantes y DIU-LNG, pueden ser tan efectivos como la anticoncepción quirúrgica.

Controversias en el uso de ASP

• *Cáncer de mama:* La evidencia que relaciona los anticonceptivos sólo de progestágenos (ASP) y el cáncer de mama no es concluyente por el menor número de casos incluidos en los estudios de investigación. Una revisión

5. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. Revisión sistemática Cochrane - Intervención Versión publicada: 27 agosto 2015 https://doi.org/10.1002/14651858.CD011054.pub2.



de 6 estudios sugirió que el uso de anticonceptivos con progestágeno solo (implante, DIU- LNG, AOPS e inyectables) no aumenta el riesgo de cáncer de mama.[6]

• *Salud ósea:* el uso de inyectables de progestágenos (AMPD) se asocia con una leve disminución de la masa ósea, que generalmente se recupera luego de la discontinuación. Si bien no hay un límite de edad para el uso de AMPD, a las mujeres mayores de 50 años, generalmente se les recomienda cambiar por otros métodos. Si desea continuar con este, valorar beneficios y riesgos potenciales.

• *El retorno de la fertilidad* puede llegar a postergarse hasta 1 año luego de la discontinuación de los progestágenos inyectables de depósito. Es necesario informarlo a mujeres cercanas a los 40 años que usen inyectables trimestrales y quieran embarazarse en el futuro.

• *Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular:* aunque los datos son limitados, el uso de ASP no se ha asociado con el aumento de riesgo de ACV o IM. Se describe un aumento leve o nulo en el riesgo de TEV.

• *Potencial impacto negativo en el metabolismo lipídico con el uso de AMPD* que baja la HDL y aumenta la resistencia a la insulina, retiene agua y sodio, aumenta el peso y el perímetro abdominal.

La indicación de inyectables de progestágenos (AMPD) en las mujeres con múltiples factores de riesgo arterial cardiovascular corresponde a la Categoría 3 de la OMS.

14.2.2.4. Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

No existe ninguna restricción en el uso de la *AHE* en relación a la edad y puede ser utilizada incluso por quienes tienen contraindicada la anticoncepción hormonal de manera continua.

14.2.2.5. Dispositivos intrauterinos

Las alteraciones en el patrón de sangrado menstrual son frecuentes en la perimenopausia, como también ocurre en personas usuarias de DIU. Las menstruaciones abundantes y prolongadas, el dolor menstrual y el sangrado intra-cíclico son frecuentes en los primeros 3-6 meses post inserción, en especial del DIU con cobre.

El siguiente tratamiento puede ofrecerse durante los días de sangrado menstrual:

• En primer lugar, ácido mefenámico 500 mg hasta 3 veces por día, por 5 días o el uso de otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

• En segundo lugar, evaluar la indicación de ácido tranexámico (agente hemostático).

• NO debe usarse la aspirina.

Si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos (mioma, pólipos, patología neoplásica). Si el sangrado continúa siendo muy abundante o prolongado, especialmente si hay signos clínicos de anemia, o si la mujer no tolera el sangrado, se debe retirar el DIU y ayudarla a elegir otro método.

La tasa de expulsión disminuye a medida que aumenta la edad de la mujer; es menor en mayores de 40 años. La inserción puede resultar más dificultosa, a causa de la menor elasticidad del canal cervical.

El DIU-LNG ofrece importantes beneficios no contraceptivos especialmente adecuados en mujeres mayores de 40 años, ya que ha demostrado ser muy efectivo en lograr la mejoría del sangrado menstrual, la dismenorrea, endometrosis, adenomiosis y la hiperplasia de endometrio.

6. Marsha Samson, Nancy Porter, , Olubunmi Orekoya,, James R. Hebert, Swann Arp Adams, Charles L. Bennett, and Susan E. Steck,, Progestin and Breast Cancer Risk: A Systematic Review Breast Cancer Res Treat. 2016 January; 155(1): 3–12. doi:10.1007/s10549-015-3663-1.doi:10.1007/s10549-015-3663-1.



14.2.2.6. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)

La frecuencia de ciclos irregulares y anovulatorios, hace dudosa la interpretación del moco cervical y dificulta la aplicación de MBCF de manera segura durante la perimenopausia.

14.2.2.7. Anticoncepción quirúrgica

La ligadura de trompas no presenta diferencias en los beneficios durante la perimenopausia con respecto a otras edades. En el caso de los riesgos, estarían asociados al evento quirúrgico en sí mismo.

14.2.3. ¿Cuándo debe discontinuarse el método anticonceptivo?

Anticoncepción hormonal

La edad y el patrón menstrual son los elementos de mayor utilidad para determinar la probabilidad de la aproximación a la menopausia, sin embargo este último parámetro está alterado en personas usuarias de anticoncepción hormonal. Debe informarse a quienes utilizan anticoncepción hormonal que la amenorrea no es un indicador confiable de falla ovárica.

En las mujeres ≥ 50 años que están en amenorrea y utilizan ASP (píldoras, implantes o DIU- LNG), es posible realizar la medición de FSH (Hormona Folículo Estimulante) sérica. La valoración de dos determinaciones de FSH ≥ 30 UI /L con un intervalo de 6 a 8 semanas permitiría discontinuar el método anticonceptivo luego de un año. Otra alternativa sería continuar el método hasta los 55 años.

Si no hay factores de riesgo cardiovascular la anticoncepción hormonal combinada puede continuarse hasta los 55 años. Si hubiera factores de riesgo puede cambiarse a algún MAC de solo progestágeno (implante o AOPS).

En usuarias de DIU -LNG que están en amenorrea podría ser de utilidad agregar un dosaje de estradiol: un resultado de FSH mayor o igual a 30 UI/L y un estradiol menor de 20 pg/ml garantiza que ese aumento de FSH es por falla ovárica y no por un pico ovulatorio.

En mujeres menores de 50 años, que estén cómodas con el uso de la anticoncepción hormonal combinada no es necesario interrumpir el uso de la AHC para evaluar la función ovárica. Se puede continuar de forma ininterrumpida hasta los 50 años, ya que la AHC constituye una excelente opción de terapia hormonal en la transición menopáusica.

A partir de los 50 años, en mujeres que usan anticoncepción hormonal combinada para valorar el cese de la función ovárica, se deben obtener dos determinaciones de FSH separadas por 6 a 8 semanas, realizadas a partir del día 14 o más de haber dejado de tomar el anticonceptivo. Si ambos resultados de FSH son mayores o iguales a 30 UI/L se puede suspender la anticoncepción. Se sugiere en este período de espera el uso de un método no hormonal.

A partir de los 50 años, en mujeres que usan inyectables solo de progestágeno para evaluar el cese de la función ovárica, se deben obtener dos dosajes de FSH mayores o iguales a 30 UI/L separados por 90 días y realizados justo antes del día de la aplicación.

En el caso de quienes usan inyectables sólo de progestágenos, se suspendería a la edad de 50 años y se continuaría con un método no hormonal hasta registrar dos años de amenorrea o se rotaría a otro ASP.

Si se realiza la inserción del DIU-LNG a partir de los 45 años con indicación anticonceptiva, la OMS afirma que se puede continuar su uso hasta 7 años; la FSRH sugiere que si la persona usuaria lo desea puede continuar el uso hasta los 55 años (FSRH, 2017).



Anticoncepción no hormonal

Usuarias de DIU de cobre podrán suprimir el método o retirarse el DIU luego de un año de amenorrea en mayores de 50 años y luego de dos años en menores de 50. En el caso del DIU con ≥ 300 mm² de cobre, insertado a partir de los 40 años, se podrá continuar el uso hasta que se alcance la menopausia o hasta que la anticoncepción no sea requerida.

> *En la menopausia, luego de discontinuar el uso de MAC, recomendar la continuidad en el uso de preservativos y asesorar sobre la técnica de uso correcto contribuye a prevenir las ITS incluido el VIH.*



Resulta clave habilitar el acceso a nuevas consultas de seguimiento a las personas que se encuentran en la perimenopausia cuando están usando métodos anticonceptivos. Además de las condiciones que implica el uso de cada método específicamente, en los casos de quienes están atravesando esta etapa de la vida es importante tener en cuenta las siguientes pautas de cuidado para sugerirles volver a consultar:

- Si hay algún cambio en las condiciones de salud que pueda condicionar la continuidad del método (porque se lo dijo el médico clínico o porque la persona usuaria lo considera teniendo en cuenta la información recibida cuando eligió el método).
- Al cumplir 50 años.
- Si presenta nuevos síntomas con las menstruaciones, como más dolor, sangrado irregular o sangrado abundante, considerando que tanto las alteraciones menstruales como otras patologías ginecológicas son frecuentes en las mujeres ≥ 40 años.
- Si luego de 3-6 meses de la inserción de un DIU/DIU-LNG continúa con las alteraciones en el sangrado.

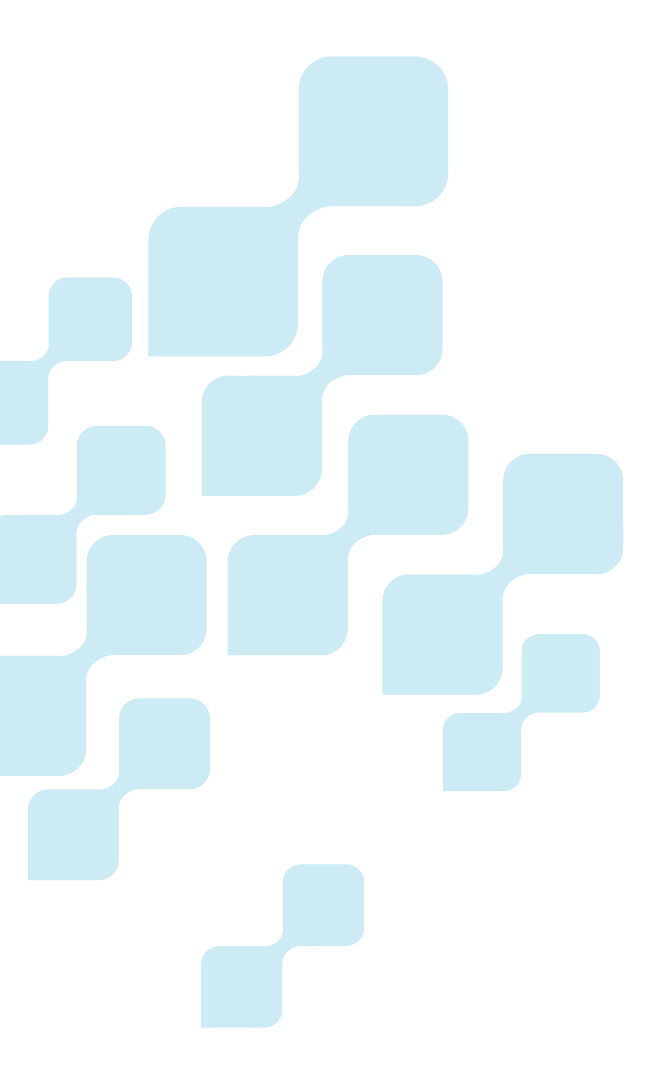
Capítulo 15

Anticoncepción post evento obstétrico

Puntos clave

- ✓ La anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE) es una estrategia para el acceso a métodos anticonceptivos luego de un parto, cesárea o aborto que hace hincapié en la oferta y colocación de los métodos de larga duración antes del alta.
- ✓ La internación, tanto post parto como post aborto, es una oportunidad privilegiada para realizar otras intervenciones de cuidado, que contribuyan a la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil y al cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- ✓ Dentro de estas acciones, son fundamentales la asesoría o consejería en salud sexual y salud reproductiva en el momento de la internación y la articulación con los efectores de salud que realizan control de embarazo (y como parte del mismo brindan consejería en métodos anticonceptivos para el post parto).
- ✓ En caso de lactancia debe brindarse información clara sobre el mecanismo de acción de los MAC y su relación con la leche humana.
- ✓ En general, en el post aborto no hay contraindicación para el uso de ningún método anticonceptivo.

En la actualización 2019 de este capítulo participó la Lic. Romina Castellani (DSSyR).



INTRODUCCIÓN

La concurrencia de una persona con capacidad de gestar en edad fértil al sistema de salud siempre representa una oportunidad para que el equipo de salud acompañe la atención con pautas de cuidado que contribuyan a la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil.

Si bien muchas mujeres concurren en forma anual a la revisión ginecológica, muchas otras sólo tienen contacto con los servicios de ginecología y obstetricia cuando están embarazadas, sea para realizar los controles o el parto, o ante una situación de aborto. Estos momentos son una oportunidad para realizar la consejería en salud sexual y salud reproductiva y garantizar el acceso al método elegido en el momento del alta o antes de la misma.

Las exigencias del puerperio muchas veces dificultan que la persona pueda utilizar adecuadamente algunos anticonceptivos usuario-dependiente observándose una baja adherencia a estos. Los métodos de larga duración son una opción para quienes no desean embarazarse por un período extendido de tiempo y son especialmente eficaces porque su uso correcto no depende de la persona usuaria.

Tanto durante el puerperio como luego de un aborto, se pueden utilizar métodos anticonceptivos para prevenir un nuevo embarazo. Es necesario conocer las particularidades de estos dos momentos, para informar adecuadamente sobre las diferentes opciones posibles y acompañar a la persona en su elección.



15.1. ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO Y LA LACTANCIA

Puntos clave

- ✓ La lactancia disminuye la fertilidad, pero debe tenerse en cuenta que la anovulación puede esperarse siempre y cuando se sostenga la lactancia exclusiva.
- ✓ El riesgo de embarazo aumenta con la primera menstruación post parto o con la introducción de alimentos y bebidas suplementarios en la dieta del/la bebé.
- ✓ Existen métodos que pueden utilizarse durante la lactancia para garantizar una anticoncepción más segura, y que no dependen de la misma.
- ✓ Si la consejería pudo concretarse durante el control prenatal y la persona eligió anticoncepción quirúrgica, colocación de DIU o implante subdérmico, debe aprovecharse la oportunidad de la internación para su concreción.



El **embarazo, el parto y los días posteriores al nacimiento** constituyen momentos fundamentales en la vida de las personas, a la vez que instancias claves para las intervenciones médicas y de cuidado de la salud.

Dado que en la Argentina cerca de 100% de los partos son institucionales y que las mujeres permanecen internadas un promedio de 48 horas, este momento es una oportunidad privilegiada para que el equipo de salud acompañe la atención con pautas de cuidado que contribuyan a la prevención de la mortalidad materna y brinde **información y acceso efectivo a un método anticonceptivo de alta eficacia para la persona que lo desee.** Esto forma parte de la *estrategia de AIPE* (anticoncepción inmediata post evento obstétrico).

Asimismo, en los controles prenatales, dar espacio a la consejería en anticoncepción permite mejorar las condiciones para la toma de decisiones. Es más importante aún en el caso de que la persona usuaria elija un método de larga duración o anticoncepción quirúrgica. Si durante el transcurso del embarazo su decisión es realizarse una ligadura tubaria, ya sea por solicitud espontánea o por decisión luego de una consejería, se recomienda incluir el consentimiento firmado dentro de la documentación a presentar al momento del parto. Es fundamental que el equipo de salud del hospital garantice la intervención quirúrgica sin otro requisito. Para el caso de que la persona elija un DIU o implante subdérmico, es necesario garantizar su colocación post parto inmediato.

Consideraciones a tener en cuenta por el equipo de salud:

- En relación a la lactancia:

La lactancia disminuye la fertilidad: luego del parto, los niveles de progesterona y estrógeno decrecen, permitiendo el retorno gradual de la secreción de LH y FSH. El retorno de la ovulación, y por lo tanto de la fertilidad, ocurre aproximadamente a las 4 a 6 semanas post parto en el caso que la persona no esté amamantando. En el caso de quienes amamantan el período de anovulación se extiende, observándose suprimida la acción de la LH. La succión reiterada del pezón lleva a una serie de reacciones hipotalámicas que culminan en la producción de más leche y anovulación. La anovulación se puede esperar siempre y cuando se sostenga la lactancia exclusiva.[1]

Definiciones a tener en cuenta:

Lactancia exclusiva: significa que el/la bebé, además de la leche humana, no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua. La frecuencia con que se amamanta debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 horas. Y tiene que ser diurna y nocturna.

Lactancia casi exclusiva: significa que el/la bebé recibe algo de líquido o alimento además de la leche, pero que más de tres cuartas partes de lo que ingiere es leche humana. La frecuencia con que se amamanta debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 horas. Y tiene que ser diurna y nocturna.

- Inicio de la ovulación:

Si no se amamanta de manera exclusiva o casi exclusiva, el riesgo de embarazo durante los primeros 21 días luego del nacimiento es bajo. Pasado este lapso el riesgo aumenta, pudiendo producirse la ovulación aún antes de presentar la menstruación. La lactancia exclusiva o casi exclusiva retarda la posibilidad de ovulación.

- Riesgo de Tromboembolismo Venoso (TEV)

  - El riesgo de TEV es elevado durante el embarazo y el puerperio, ya que existe un estado de hipercoagulabilidad. Este riesgo es mayor durante las primeras semanas luego del nacimiento, disminuyendo a valores basales anteriores al embarazo alrededor de las 6 semanas post parto.

  - Este riesgo de TEV es el mismo en quienes amamantan y en quienes no lo hacen.

1. Ver con mayor detalle en este mismo capítulo Método Lactancia y Amenorrea (MELA).



15.1.1. Consejería en el parto, puerperio y lactancia

La situación de periparto es un momento especial para la persona gestante y su grupo de pertenencia, donde el foco está puesto en la adaptación a la nueva situación personal y familiar. Por ese motivo, la consejería debe adaptarse en modalidad y tiempos al contexto de la internación. Aún en la internación, la consejería requiere de un ambiente privado, íntimo y confidencial donde se considere la opinión y puntos de vista individuales de la mujer propiciando que tome sus propias decisiones en forma autónoma, consciente e informada.

El periodo prenatal, representa una oportunidad para que las personas reciban información y consejería en anticoncepción ya que muchas de ellas tendrán acceso a servicios de salud durante el embarazo. No obstante, si esta situación no ha podido darse, el momento de la internación también es oportuno para dar asesoramiento.

Luego del egreso hospitalario muchas mujeres no vuelven a consultar por ellas mismas, pero sí lo hacen por sus hijos/as. Es por ello que la construcción de un vínculo empático antes del alta es muy importante para facilitar la adherencia a los controles post parto, donde pueda continuarse con el cuidado en relación a la salud sexual y salud reproductiva.

En las estrategias para aumentar la accesibilidad a los métodos anticonceptivos resulta conveniente sumar a quienes realizan controles de salud de las/os bebés, así como a los equipos de salud de los vacunatorios.

Antes del alta es importante brindar información sobre los lugares donde continuar con la atención en salud sexual y salud reproductiva, y acceder a la entrega periódica de métodos anticonceptivos en el caso que la persona haya optado por métodos que no sean de larga duración, e **incluir una nota de contra referencia.** Con este fin, es de suma utilidad contar con folletería, dar la información también por escrito o incluirla en la libreta sanitaria. Para esto es necesario que el equipo de salud cuente con información actualizada de los efectores que prestan **servicios en salud sexual y salud reproductiva cercanos al domicilio de la persona** usuaria, si es posible con horarios de atención y modos de acceso (turno espontáneo, programado, derivación, etc.).



Aspectos importantes a trabajar en la consejería del periparto:

- Conversar sobre la conveniencia de espaciar los embarazos, y brindar información sobre los riesgos asociados a un nuevo embarazo temprano, tanto para la persona gestante como para el/la hijo/a que tiene y que vendrá.
- Estimular la lactancia.
- Informar que no necesita discontinuar la lactancia para poder comenzar el uso de un método anticonceptivo hormonal. Dar información clara sobre el mecanismo de acción de los métodos y su relación con la leche humana.
- Explicar que la amenorrea está asociada a un alto grado de protección contra el embarazo, pero sólo en las situaciones en que se sostiene la lactancia exclusiva y que aún no se menstrúa. Antes de que la/el bebé comience a incorporar alimentos, es conveniente haber decidido con qué método continuar, si es que está usando un método que se relacione con la amenorrea por lactancia (ver MELA y Minipíldora).
- Remarcar que el riesgo de embarazo aumenta con la primera menstruación post parto, con la introducción de alimentos o bebidas suplementarios en la dieta del/la bebé y con intervalos prolongados entre mamadas (intervalo de 10 horas).

• Informar que existen métodos que pueden utilizarse durante la lactancia para garantizar una anticoncepción más segura, y que no dependen de la misma.

• Proveer el método anticonceptivo en caso de que elija uno.

• Informar acerca de la eficacia de los métodos de larga duración (DIU o implante).

MUCHAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE POST PARTO:

- ✓ Desean limitar sus embarazos o postergar el siguiente.
- ✓ Reanudarán pronto la actividad sexual.
- ✓ Transitan un momento de mucha demanda con poco tiempo para organizarse y enfocarse en un método usuaria dependiente (ACO, métodos barrera).

Por eso, trabajar sobre la estrategia de anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE) es un modo de ofrecer una respuesta acorde al contexto de la persona.

15.1.2. ¿Qué métodos anticonceptivos pueden usarse durante el puerperio?

Para valorar la seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos luego de un parto vaginal o cesárea, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

• **Las preferencias y posibilidades de la persona usuaria** para sostener la adherencia al método anticonceptivo, y la situación de contexto para acceder a ellos.

• **El tiempo transcurrido desde el parto** ya que la indicación de inicio del método varía según el mismo: por ejemplo, el DIU puede colocarse inmediatamente después del parto hasta las 48 horas, o luego de las cuatro semanas, mientras que los tiempos de inicio para métodos hormonales son otros.

• **Si está amamantando:** si se encuentra con lactancia exclusiva o si el/la bebé se encuentra recibiendo otros alimentos.

• **Si no está amamantando, o no debe amamantar.**

• **Si ya empezó a menstruar, se encuentre o no amamantando.** El inicio de las menstruaciones indica que no serán efectivos los métodos basados en la lactancia o la anticoncepción hormonal de progestágenos no anovulatorios (Minipíldora).

• **Si tiene alguna otra condición que pueda condicionar la elección del método:** al igual que cualquier mujer, es necesario tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad de métodos anticonceptivos según la situación singular de la persona.



Cuadro 15.1. Resumen de los métodos que pueden utilizarse durante el puerperio, y momento de inicio[2]

Método	Momento de inicio del método	
	Con lactancia exclusiva o casi exclusiva	Con lactancia parcial o no amamanta
Método de amenorrea de lactancia (MELA)[3]	Inmediatamente	No corresponde
Preservativos	Inmediatamente	Inmediatamente
Espermicidas	Inmediatamente	Inmediatamente
Anticonceptivos sólo de progestágenos:		
AOPS (levonorgestrel, linestrenol, desogestrel)	Inmediatamente (Categoría 2 OMS)	Inmediatamente (Categoría 2 con amamantamiento parcial y Categoría 1 sin amamantar)
Implante	Inmediatamente (Categoría 2 OMS)	Inmediatamente (Categoría 2 con amamantamiento parcial y categoría 1 sin amamantar)
AMPD (inyectable trimestral)	A partir de las 6 semanas después del parto (Categoría 3 OMS antes de las 6 semanas)	Inmediatamente.
Anticoncepción hormonal de emergencia	Puede utilizarse en cualquier momento.	
Anticonceptivos combinados:		
Anticonceptivos orales (ACO), parches, anillos vaginales:	A partir de los 6 meses después del parto.	Lactancia parcial: a partir de 6 meses después del parto. No amamanta: a partir de los 21 días o 6 semanas post parto, según la condición clínica de la persona. **
Inyectables mensuales (ACI)	A partir de 6 meses después del parto.	Lactancia parcial: a partir de 6 meses después del parto. No amamanta: a partir de los 21 días después del parto. **
DIU-Cu	Dentro de las 48 horas post parto o a partir de la cuarta semana post parto o cesárea*.	
DIU-LNG	Dentro de las 48 horas post parto o a partir de la cuarta semana post parto o cesárea*.	
Ligadura tubaria	Dentro de los 7 días. Caso contrario, esperar 6 semanas.	
Vasectomía	En cualquier momento. Si se realiza dentro de los primeros 6 meses de embarazo, será eficaz para el momento del parto.	
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	Comenzar cuando se hayan tenido tres ciclos menstruales regulares. Esto es más sencillo para quienes no amamantan.	

2. Cuadro extraído de Planificación familiar: un manual para proveedores (OMS, 2007). Actualización en base a los Criterios Médicos de Elegibilidad 2015 (OMS, 2015) y Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de métodos anticonceptivos (OMS, 2018).

3. Ver MELA más adelante en este capítulo.

*No se les debe insertar un DIU-Cu ni DIU-LNG a las mujeres que tienen sepsis puerperal (CME, categoría 4).

** Luego de los 21 días de puerperio: según la OMS, si la mujer no presenta ningún otro factor de riesgo de tromboembolia venosa, por lo general, puede iniciarse el uso de ACO, parche o anillo vaginal (CME, categoría 2). Si presenta otros factores de riesgo para TEV es Categoría 3.

Ventajas de los LARC en el post evento obstétrico

Estos métodos permiten prevenir un embarazo de manera eficaz durante un período prolongado sin requerir la intervención activa de la usuaria. Incluyen los dispositivos intrauterinos (DIU con cobre y con levonorgestrel) e implantes subdérmicos.

Durante el puerperio suele dificultarse el uso adecuado de métodos anticonceptivos usuario-dependientes observándose una baja adherencia a estos. Los *métodos de larga duración* son una **opción especialmente recomendada en este período para quienes no desean embarazarse por un período extendido de tiempo, son especialmente eficaces porque su uso correcto no depende de la persona usuaria.**

Luego de un aborto, también son una opción recomendable, puesto que brindan alta seguridad y permiten evitar la repitencia del aborto.

En ambos casos (luego de un parto o cesárea, o luego de un aborto) garantizar el acceso durante la internación[4] evita que la persona deba regresar al sistema de salud para obtener la anticoncepción, lo que puede implicar una oportunidad perdida.

VENTAJAS DE LOS MÉTODOS REVERSIBLES DE LARGA DURACIÓN

- Efectividad anticonceptiva independiente de la motivación o adherencia de la usuaria.
- Más alta efectividad anticonceptiva y continuidad de todos los métodos reversibles.
- Reversible en forma inmediata.
- Anticoncepción duradera.
- Baja posibilidad de falla por error de la usuaria.
- Desvinculados del coito.
- No requieren de visitas frecuentes al sistema de salud y ni de mayores gastos luego de colocados.
- Alto costo-efectividad.
- Pocas contraindicaciones.

15.1.2.1. Métodos anticonceptivos que pueden usarse en la lactancia

Requisitos de un MAC para la lactancia:

- *Que no produzca cambios en la calidad ni la cantidad de leche o la duración de la lactancia.*
- *Que no tenga efectos sobre la/el lactante.*
- *Que mantenga eficacia anticonceptiva.*

1. Métodos de barrera:

Durante la lactancia pueden usarse métodos de barrera del mismo modo que fuera del puerperio. Si usa diafragma, puede retomar su uso 6 semanas post parto, teniendo en cuenta que si lo usaba antes del mismo es necesario actualizar la medida.

Recomendar el uso de preservativos y asesorar sobre la técnica de su uso correcto contribuye a prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH. Nunca debe darse por sentado que las personas conocen el uso correcto del preservativo.

2. MELA (Método de Lactancia y Amenorrea):

Es el método que usa la **amenorrea** (ausencia de menstruación) **asociada a la lactancia exclusiva** para evitar un nuevo embarazo.

Actúa mediante la anovulación producida por la inhibición del eje hormonal ejercida por los niveles altos de prolactina. Una vez que se suspende la lactancia exclusiva o casi exclusiva, disminuyen los niveles de prolactina necesarios para mantener inhibido el eje hormonal, por lo cual se reinician los ciclos.

La lactancia es la forma de alimentación más saludable para la mayoría de los/las bebés durante por lo menos los primeros seis meses de vida. Conjuntamente con otros alimentos, la leche humana puede ser parte primordial de la dieta del niño o niña hasta los dos años de edad.

4. O en la atención ambulatoria en el caso de algunos abortos.



CONDICIONES PARA QUE EL MÉTODO MELA SEA EFECTIVO:

- Lactancia exclusiva.
- Amenorrea.
- Hasta los primeros 6 meses post parto.

Si alguna de las tres condiciones previas cambia y no se desea otro embarazo, debe agregarse otro método anticonceptivo.

Condiciones del amamantamiento para el uso de MELA:

- La frecuencia con que se amamanta debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 horas.

- No reemplazar la lactancia con otros alimentos, los cuales no deben superar el 10% del total ingerido por el/la bebé.

- La lactancia debe ser diurna y nocturna.

- El MELA se discontinúa con un solo intervalo de 10 horas o intervalos frecuentes de más de 6 horas entre los amamantamientos.

Es importante asesorar a la persona que está usando MELA para que decida el método alternativo con el que va a seguir si alguna de estas condiciones cambia. Realizar la recomendación sobre cómo iniciar el nuevo método, e incluso tener prevista la entrega antes de que lo necesite, contribuirá a disminuir la posibilidad de un embarazo no intencional.

No se puede recomendar MELA como método anticonceptivo si:

- Aparece la menstruación.

- El/la bebé mayor de seis meses.

- La lactancia no es exclusiva o las frecuencias de las mismas son discontinuadas con intervalos largos.

- La persona está bajo tratamiento con algunos medicamentos (reserpina, ergotamina, antimetabolitos, cortisona, ciclosporina, bromocriptina, medicamentos radiactivos, litio, algunos anticoagulantes).

- Existe un consumo problemático de alcohol o de drogas.

- La persona puérpera es VIH positivo o tiene hepatitis viral activa: en ambas la lactancia está contraindicada (para evitar la transmisión vertical).

Eficacia: Si se cumplen todas las condiciones, la eficacia es de un 98% durante los primeros 6 meses post parto (2 embarazos cada 100 mujeres que usan el método correctamente en los primeros seis meses post parto).

Si se está amamantando, con el fin de aumentar la eficacia del MELA y garantizar una anticoncepción más segura, se recomienda combinar éste con otros métodos.

Cuadro 15.2. Características del MELA

Ventajas del MELA	Desventajas del MELA
• Ayuda a promover hábitos de lactancia. • Puede usarse inmediatamente después del parto. • Está desvinculado del coito.	• La lactancia frecuente es difícilmente sostenible por personas que trabajan fuera del hogar. • Es necesario tener presente el tiempo de duración del método y anticipar con qué MAC se continuará, para tenerlo accesible y administrado y no interrumpir la anticoncepción. • No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.



3. Dispositivo intrauterino (DIU):
Es un método de alta efectividad que no requiere de ninguna acción por parte de la usuaria y no tiene ningún efecto en la lactancia.

La colocación del DIUPP implica una técnica especial distinta a la colocación del DIU en intervalo. Para conocer la descripción de la técnica ver Capítulo 10, apartado 10.1.10 Colocación del DIU Post Parto.

Momento de la inserción:

• Post parto:

1. Post alumbramiento: durante los 10 minutos después de la expulsión de la placenta.
2. Post parto inmediato (hasta 48 horas post parto).
   En ambas oportunidades, no hay aumento en el riesgo de infección, perforación o sangrado. Hay un aumento en la tasa de expulsión que puede ser de un 10 a un 15%[5], por lo que debe brindarse información para que la mujer esté atenta y concurra a control si es necesario. La inserción post alumbramiento se asocia con un menor riesgo de expulsión en comparación a la inserción post parto inmediato (USAID-ACCESS, 2010). La técnica de colocación requiere mayor entrenamiento del/la profesional.
3. A partir de la 4° semana post parto: con iguales condiciones y características que en todas las mujeres.
   Hay evidencia de que no es aconsejable la inserción del DIU en las primeras 4 semanas luego de las 48 hs post parto porque en este período aumenta la tasa de perforación uterina y de expulsión.

• Post cesárea:

1. La inserción a través de la incisión de la cesárea se considera segura.
2. A partir de la 4° semana post cesárea.

Ventajas del DIU en el puerperio y lactancia:

• Protección anticonceptiva efectiva a largo plazo.

• Puede insertarse inmediatamente en el post parto o cesárea.

• No altera la cantidad ni calidad de la leche.

Desventajas: las mismas que en todas las personas usuarias.

Contraindicación de la colocación del DIU postparto inmediato (DIUPP):
La colocación del DIUPP está contraindicada cuando:
- ✓ Existió rotura de membranas de más de 18 horas.
- ✓ Cuando hay signos de corioamnionitis.
- ✓ Cuando existe una hemorragia postparto no resuelta.
- ✓ Cuando existe un traumatismo genital extensor cuya reparación se interrumpiría con la colocación del DIU.

4. Ligadura tubaria (LT):

Es un método altamente efectivo que provee anticoncepción permanente a quienes no desean tener más hijos/as y que no requiere ninguna acción por parte de la persona usuaria. Si la persona decide acceder a este método la instancia de internación por el parto es una oportunidad que debe aprovecharse para la accesibilidad al mismo.

• Puede realizarse inmediatamente después del parto. Es altamente recomendable realizarlo durante la internación.

• No altera la cantidad ni calidad de la leche.

• Presenta baja frecuencia de complicaciones relacionadas con la cirugía: infección, daños a otros órganos, riesgos anestésicos.

• No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.

5. La Guía de Servicios de Dispositivos Intrauterinos Postparto (DIUPP) de USAID-ACCESS señala que las tasas de expulsión pueden disminuirse hasta 4 a 5% con el uso de la técnica adecuada.





Sobre la Consejería y el consentimiento para la LT:

Se recomienda realizar la consejería y la firma del consentimiento informado durante los controles del embarazo. Sin embargo, también puede realizarse durante el ingreso a la internación de parto.

✓ Si la persona toma la decisión durante el transcurso del embarazo, es conveniente que firme el consentimiento en ese momento e incluirlo dentro de la documentación que va a llevar al momento del parto. En el hospital debe realizarse la LT sin otro requisito.

✓ Si no llegó a firmar el consentimiento informado previo a la internación, pero recibió la consejería y expresa su decisión de hacerse LT, se recomienda facilitar la firma del consentimiento y realizar la práctica.

5. Métodos anticonceptivos orales sólo de progestágenos (AOPS):

En el Capítulo 7 Métodos hormonales sólo de progestágenos, se desarrolla en profundidad las características para la elección, uso del método y atención de la salud.

✓ Minipíldora (levonorgestrel/linestrenol): al ser un método anticonceptivo no anovulatorio se recomienda asociarlo a MELA y reemplazarlo por uno anovulatorio cuando alguna de las condiciones de MELA se modifica. Puede iniciarse su uso inmediatamente post parto.

✓ Desogestrel: es un método anticonceptivo anovulatorio. Puede iniciarse su uso inmediatamente post parto con o sin amamantamiento y puede continuarse su uso si la lactancia no es exclusiva o con la aparición de la menstruación.

En el caso de elegir AOPS es conveniente entregarlos al momento del alta y brindar información sobre cómo y cuándo comenzar la toma.

La recomendación de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva es que la persona siempre se retire de alta médica luego del evento obstétrico con el método anticonceptivo, en caso de haber elegido uno.

6. Implante:

Puede iniciarse en forma inmediata después del parto con o sin lactancia (categoría 2 si está amamantando).

7. Inyectable trimestral (AMPD):

• Post parto sin amamantamiento puede iniciar en forma inmediata.
• Menos de seis semanas de puerperio si está amamantando: no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).
• De seis semanas a seis meses de puerperio, con lactancia y con amenorrea: puede administrarse la primera inyección. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
• Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

8. Métodos hormonales combinados: anticonceptivos orales (ACO), inyectables mensuales (ACI), parches y anillos vaginales:

• Los estrógenos pueden influir en la cantidad y calidad de la leche, por lo que es conveniente iniciar su uso en la lactancia luego de los seis meses, momento en que el/la bebé incorpora otros alimentos. Pueden pasar a la leche y por ende al/ la bebé, pero no se encontraron efectos tóxicos, ya que con las dosis actuales la cantidad es muy pequeña.

• El período fisiológico de hipercoagulabilidad del parto y del puerperio inmediato, y el consecuente riesgo aumentado de TEV se suma al aumento de riesgo de trombosis propio de los ACO, por lo tanto, en mujeres que NO amamantan:

✓ Con menos de 21 días de puerperio, el uso de ACO puede implicar un riesgo adicional de TEV, por lo cual es Categoría 3 de la OMS. Si existen además otros factores de riesgo de TEV (como antecedente de TEV, trombofilia, inmovilidad, transfusión de sangre durante el parto, índice de masa corporal mayor a 30 kg/m2, hemorragia post parto, post cesárea inmediato, preeclampsia, tabaquismo) es Categoría 4.

✓ Entre 21 y 42 días de puerperio, es Categoría 2 si no presenta otros factores de riesgo, y Categoría 3 si los presenta.

✓ A partir de los 42 días del puerperio, el uso de ACO es Categoría 1 de la OMS. Se utilizan con los mismos criterios que fuera del puerperio.

9. Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE):
La anticoncepción hormonal de emergencia puede ser usada sin problemas durante todo el puerperio, con y sin lactancia. No tiene ninguna contraindicación. En la consejería o en la consulta anticonceptiva es conveniente brindar información sobre cómo usar correctamente la AHE y cómo continuar con el método que venía usando, abriendo la posibilidad para que vuelva a la consulta con cualquier duda que se le presente al respecto. Al igual que en todas las circunstancias, debe facilitarse la entrega de la AHE siempre que las personas lo soliciten.

Es una buena práctica brindar asesoramiento sobre AHE en la consejería antes y después del parto y durante el puerperio. Brindar información sobre la forma de uso y proveer de AHE al alta del parto, en los controles del puerperio o en los del/de la niño/a, contribuye a evitar un embarazo no intencional.

10. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG):
Puede ser usado en personas que amamantan, no afecta la calidad y cantidad de la leche.

Puede insertarse inmediatamente después de la expulsión de la placenta y hasta 48 hs después. Luego, puede ser insertado después de la 4ª semana post parto.

- Al momento de iniciar el método en quienes no hayan iniciado sus ciclos menstruales, si existen riesgos o dudas de que esté embarazada, se puede realizar un test de embarazo.
- Si se indica un método hormonal deberá utilizarse un método adicional (por ej.: preservativo) durante los primeros 7 días.



Cuadro 15.3. Criterios de elegibilidad de la OMS. Anticonceptivos post parto.

		ACO, ACI, Anillos, Parches	AOPS, Implante	AMPD	DIU-Cu
Lactancia exclusiva	Hasta las 6 semanas postparto	4	2	3	
	6 semanas a 6 meses postparto (con lactancia exclusiva)	3	1	1	
	6 meses postparto o más	2	1	1	
Postparto (no amamantando)	Menor a 21 días	3/4*	1	1	
	Entre 21 y 42 días	2/3**	1	1	
	Mayor a 42 días	1	1	1	
Postparto (amamantando o no, incluido post cesárea)	Menor a 48 horas				1
	Entre 48 horas y 4 semanas				3
	Mayor a 4 semanas				1

* Si presenta otros factores de riesgo de TEV (antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m2, hemorragia postparto, preeclampsia, tabaquismo), es categoría 4.
** Si presenta otros factores de riesgo de TEV (antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m2, hemorragia postparto, preeclampsia, tabaquismo), es categoría 3.

15.2. ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

Puntos clave

- ✓ Después de un aborto o pérdida de un embarazo la fertilidad se restablece rápidamente. Es por eso que, si la persona quiere evitar un nuevo embarazo necesita empezar a usar un MAC casi de inmediato.
- ✓ Brindar un MAC post aborto puede evitar la reiteración de situaciones de embarazos no intencionales y nuevos abortos.
- ✓ Garantizar el acceso a un MAC en el post aborto es parte de la estrategia de anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE).
- ✓ La situación particular de post aborto no contraindica ningún método anticonceptivo, de acuerdo con los Criterios de elegibilidad de la OMS.



La pérdida o la interrupción de un embarazo es un momento en el que muchas mujeres o personas con capacidad de gestar concurren al sistema de salud para recibir atención, ya sea de manera ambulatoria o con internación.

Aproximadamente un 10 a 20% de los embarazos clínicamente reconocidos evolucionan a un aborto espontáneo. Asimismo, se estima que en la Argentina se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazos por año (Mario y Pantelides, 2009).

En el año 2015, según datos disponibles en la página web de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), se registraron 45.968 egresos hospitalarios por aborto. De ellos, 7.694 (16.7%) fueron egresos de adolescentes de 19 años y menos.

El momento de la atención post aborto es una oportunidad para realizar otras prácticas de cuidado para la salud. **La consejería en MAC en el post aborto contribuye a evitar embarazos no intencionales así como los riesgos asociados a los abortos inseguros.**

La "Guía de Mejoramiento de la Atención Post Aborto" elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación, aprobada por Resolución ministerial Nº 989/2005 y el "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo", establecen el modelo de atención para las situaciones vinculadas con el aborto. El objetivo de este apartado es hacer eje en la anticoncepción post aborto. La misma debe garantizarse en todas las instancias de atención, sean estas ambulatorias o de internación.

Uno de los elementos más importantes de la atención post aborto es garantizar la consejería en anticoncepción, asegurando el acceso al método anticonceptivo elegido y la continuidad en la provisión del mismo. Si la atención es durante la internación debe garantizarse que la persona se retire con el método elegido.

15.2.1. Consejería en el post aborto

- Después de un aborto o pérdida de un embarazo la fertilidad se restablece rápidamente, luego de unas pocas semanas. En abortos espontáneos o inducidos en el primer trimestre, la ovulación usualmente sucede entre el día 9 y el 11 luego de la evacuación uterina, y a las 4 semanas posteriores si se trata de un aborto de segundo trimestre.

- Es necesario conversar con la persona usuaria sobre la necesidad de empezar a usar un método anticonceptivo casi de inmediato si se quiere evitar un nuevo embarazo.

- Los MAC deben estar disponibles en el efector de salud para que puedan ser dispensados y/o colocados durante la atención de situaciones de aborto, evitando así una oportunidad perdida.

- Si la persona eligió un MAC que requiera de la entrega o aplicación periódica, no olvidar informar cómo acceder a los mismos.

Es importante informar que luego de un aborto espontáneo o inducido es recomendable aplazar el comienzo de las relaciones sexuales con penetración vaginal hasta que cese el sangrado vaginal y/o hasta desaparezcan los signos de infección u otras complicaciones, si las hubiere.

Si la persona usuaria no está lista para tomar una decisión sobre el método a utilizar a largo plazo, igualmente ofrecerle y entregarle métodos temporales para que tenga protección anticonceptiva.

La situación particular de post aborto no contraindica ningún método anticonceptivo. Por lo tanto, luego de un aborto, la persona puede usar el método anticonceptivo que elija, previa consejería y con base en los Criterios de elegibilidad de la OMS.[6]

6. Ver Capítulo 5, Cuadro 5.5. Resumen: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos.



15.2.2. Pautas para el comienzo de la anticoncepción post aborto

A continuación, se presentan las pautas para el inicio de cada método en relación a la situación post aborto. Para mayor detalle sobre los distintos métodos, consultar los capítulos correspondientes.

1. Dispositivo intrauterino (DIU):
Puede insertarse inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre sin complicaciones. El riesgo de complicaciones en la inserción post aborto (perforación, sangrado e infección) no es mayor que cuando se coloca post parto, siempre y cuando no se haya encontrado infección del cérvix o de la cavidad uterina y el útero se haya evacuado totalmente. Las tasas de expulsión son menores que en el post parto.

En el caso de aborto séptico, está contraindicada la colocación inmediata post evacuación (Categoría 4 de la OMS).

2. Anticonceptivos hormonales combinados:
• **Anticoncepción hormonal oral combinada (ACO):** se recomienda iniciar el mismo día de la evacuación uterina o al día siguiente. Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

• **Anticoncepción hormonal inyectable combinada:** puede realizarse la primera aplicación de forma inmediata (primer o segundo día post evacuación uterina). Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

• **Parches dérmicos:** comenzar el mismo día de la evacuación uterina o al día siguiente. Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

• **Anillo vaginal:** Su uso puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales tanto para abortos del primer o segundo trimestre. Recomendar no iniciar relaciones sexuales con penetración vaginal mientras dure el sangrado. Por eso al iniciar el uso del anillo deberá usar protección adicional (preservativo) durante 7 días.

3. Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos:
• **Orales (AOPS):** puede comenzarse inmediatamente después de la evacuación uterina. Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

• **AMPD (inyectable trimestral):** la aplicación inicial puede realizarse de manera inmediata (primer o segundo día post evacuación uterina). Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

• **Implante:** puede colocarse inmediatamente después de la evacuación uterina. Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

• **Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE):** puede utilizarse siempre que sea necesaria. El suministro de antemano de AHE podría ayudar a evitar futuros embarazos no intencionales.

4. Preservativos:
Su uso es sin ninguna restricción y puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales post aborto. Es importante recomendar no iniciar relaciones sexuales con penetración vaginal mientras dure el sangrado.

5. Diafragmas y capuchones cervicales:
Comenzar inmediatamente su utilización luego de un aborto de primer trimestre. Es importante recomendar no iniciar relaciones sexuales con penetración vaginal mientras dure el sangrado. En abortos del segundo trimestre se aconseja esperar aproximadamente seis semanas hasta que el cuello regrese a su tamaño normal.

6. Espermicidas:
Comenzar inmediatamente y en forma simultánea al reinicio de las relaciones sexuales. Es importante recomendar no iniciar relaciones sexuales con penetración vaginal mientras dure el sangrado.



7. Anticoncepción Quirúrgica:
En los casos de abortos producidos en el primer trimestre de embarazo la ligadura tubaria es similar a un procedimiento de intervalo, y en el segundo trimestre, a un procedimiento post parto. Este procedimiento puede efectuarse inmediatamente después del tratamiento post aborto, salvo en los casos en que se presente una infección o pérdida sanguínea grave; en ese caso es necesario aplazar la práctica hasta que cure la infección por completo o se sane la lesión.

Tener en cuenta la importancia de proporcionar la consejería adecuada y obtener el consentimiento informado, lo que a menudo no es posible en el momento de prestar atención de urgencia. También informar sobre la posibilidad de la vasectomía, en los casos en que haya una pareja que pueda acceder a este método. Puede realizarse en cualquier momento.

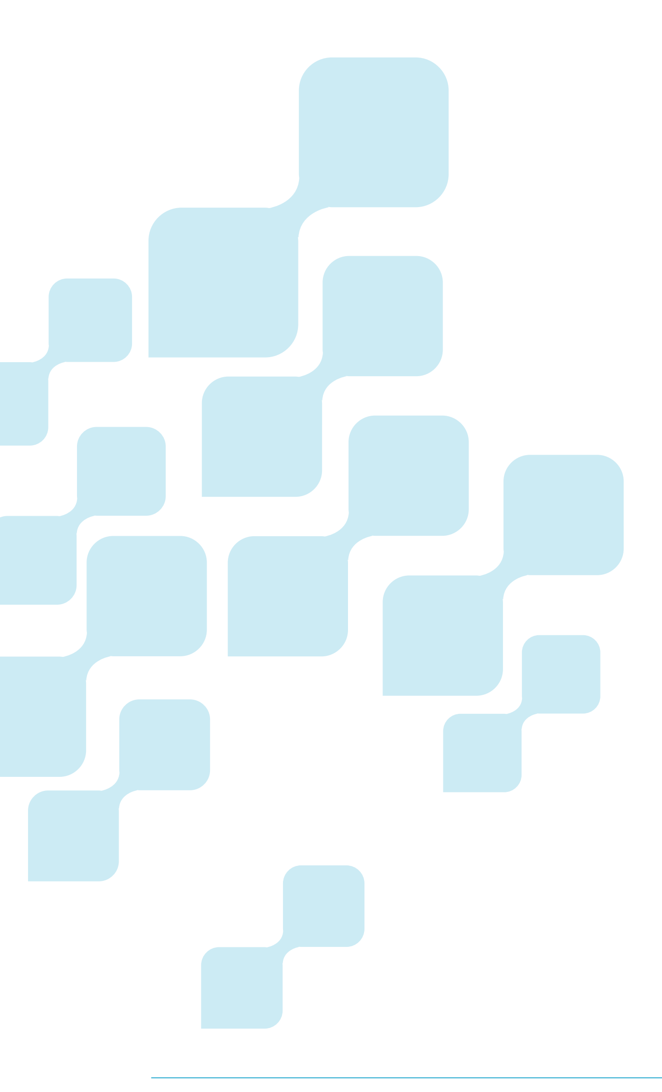
Capítulo 16

ANTICONCEPCIÓN EN PERSONAS CON VIH Y SUS PAREJAS

Puntos clave

- ✓ La anticoncepción en las personas con VIH (PcVIH) y sus parejas requiere un abordaje respetuoso de la diversidad y la autonomía y una mirada integral por parte de los equipos de salud.
- ✓ Con algunas consideraciones, la anticoncepción en PcVIH con capacidad de gestar no difiere significativamente de la disponible para las personas VIH negativas.
- ✓ Algunos esquemas de Tratamiento Antirretroviral (TARV) tienen interacciones significativas con ciertos anticonceptivos hormonales y viceversa; esto puede requerir un ajuste en la dosis o incluso plantear la necesidad del uso de métodos anticonceptivos (MAC) alternativos y/o de rotar el TARV cuando sea posible.
- ✓ Las PcVIH que reciben TARV efectivo y mantienen una carga viral indetectable durante al menos seis meses no transmiten el virus por vía sexual.
- ✓ En situaciones seleccionadas, el uso de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) para el VIH debe ser considerada una estrategia adicional para disminuir el riesgo de transmisión del VIH en la periconcepción.

En la elaboración de este capítulo colaboraron: Sergio Martini, Julia Recchi, José Barletta (Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC).



INTRODUCCIÓN

La evidencia disponible muestra que **los embarazos no intencionales son hasta tres veces más frecuentes en las mujeres con VIH** en comparación con las mujeres VIH negativas.[1]

A pesar de esto, el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en esta población es limitado, y la discusión sobre el uso de métodos anticonceptivos (MAC), en particular distintos del preservativo, es infrecuente en las consultas de seguimiento: **se estima que apenas el 6,3% de las mujeres con VIH en nuestro país emplean MAC distintos del preservativo,** y la probabilidad de uso de doble protección (es decir combinar el preservativo de látex con otro método anticonceptivo) es muy inferior a la de personas sin VIH[2].

En la actualidad, el preservativo de látex (tanto vaginal como peneano) es el único MAC que previene además la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)[3]; pero su eficacia anticonceptiva es menor a la de otros métodos como la anticoncepción hormonal combinada (AHC) o los dispositivos intrauterinos (DIU)[4]. Los servicios de atención a PcVIH deben contar con un dispenser de distribución de preservativos ubicado de forma visible y accesible (sin restricciones de cantidad, horario ni edad para su retiro). Sin embargo, **es recomendable ofrecer otras opciones anticonceptivas a las PcVIH.**

1. Kikuchi K, Wakasugi N, Poudel KC, Sakisaka K, Jimba M. High rate of unintended pregnancies after knowing of HIV infection among HIV positive women under antiretroviral treatment in Kigali, Rwanda. Biosci Trends. 2011 Dec;5(6):255–63.
Loutfy M, Raboud J, Wong J, Yudin M, Diong C, Blitz S, et al. High prevalence of unintended pregnancies in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a retrospective study. HIV Med. 2012 Feb;13(2):107–17.
2. Gogna ML, Pecheny MM, Ibarlucía I, Manzelli H, López SB. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives. Soc Sci Med 1982. 2009 Sep;69(6):813–20.
Gómez-Suárez M, Mello MB, Gonzalez MA, Ghidinelli M, Pérez F. Access to sexual and reproductive health services for women living with HIV in Latin America and the Caribbean: systematic review of the literature. J Int AIDS Soc. 2019 Apr;22(4):e25273.
3. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS Lond Engl. 2014 Jun 19;28(10):1509–19.
4. World Health Organization. Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254885/9789241549998-eng.pdf



Existe evidencia científica sólida de que **las PcVIH que reciben TARV efectivo y mantienen una carga viral no detectable durante al menos 6 meses no tienen riesgo efectivo de transmitir el virus del VIH por vía sexual**[5]. Resulta fundamental transmitir este concepto a las PcVIH, sus parejas y la población en general en todas las consultas, y en especial en el contexto de la planificación reproductiva. Para más información consultar: "Indetectable = Intransmisible (I=I). Documento de consenso de la DSETSHyT"[6].

Como en todas las situaciones, la PcVIH es quien debe elegir qué MAC utilizar entre las opciones disponibles y seguras para ella según los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME). Esta decisión debe realizarse a partir de una consejería adecuada, centrada en la autonomía, con una perspectiva de derechos, respetuosa de la diversidad y que reconozca el derecho de las/os usuarias y usuarios a obtener información de calidad basada en evidencia y a elegir las estrategias preventivas que resulten más apropiadas a su realidad.

Este capítulo tiene como objetivo brindar información resumida sobre el uso de MAC en PcVIH.

16.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y VIH

Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)

Aunque las restricciones y contraindicaciones absolutas para el uso de AHC en PcVIH no difieren significativamente de las que aplican a las personas VIH negativas, es necesario tener en cuenta que la interacción con algunas de las drogas antirretrovirales (ARV) empleadas para el tratamiento de la infección por VIH pueden requerir un ajuste en la dosis o plantear la necesidad del uso de MAC alternativos y/o de rotar el TARV.

Es importante considerar que los efectos metabólicos asociados a algunos regímenes de TARV (por ejemplo, dislipemia) pueden constituir una contraindicación relativa para el uso de anticonceptivos orales combinados, por lo que siempre debería plantearse el uso de regímenes antirretrovirales con el menor impacto metabólico posible (DSyETS, 2019a).

Existen interacciones de relevancia entre ciertos ARV y los anticonceptivos hormonales. Sin embargo, no existe contraindicación absoluta para su uso en personas que reciben TARV. El Cuadro 16.1 resume las interacciones más relevantes y la conducta terapéutica recomendada.

5. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. N Engl J Med. 2016 Sep 1;375(9):830–9.
Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Lunzen J van, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. JAMA. 2016 Jul 12;316(2):171–81.
6. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/sida/index.php/equipos-de-salud/guias-y-recomendaciones#21

Cuadro 16.1. Interacciones de relevancia entre drogas antirretrovirales y anticonceptivos hormonales. Conducta recomendada*.

Antirretrovirales	Efecto	Recomendación
	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR)	
AZT /zidovudina**	Sin interacciones significativas.	No requiere ajuste de dosis.
3TC / lamivudina		
ABC / abacavir		
TDF / tenofovir disoproxil fumarato		
TAF / tenofovir alafenamida		
	Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR)	
Nevirapina	Sin impacto significativo.	No requiere ajuste de dosis.
Efavirenz	Disminuye significativamente la concentración de progestágenos y probablemente la eficacia anticonceptiva (incluyendo anticoncepción de emergencia basada en levonorgestrel y anticonceptivos de solo progestágeno basados en desogestrel o levonorgestrel tanto en formulaciones orales como implantes).	Se recomienda empleo de MAC alternativo/adicional o rotar TARV. En el caso de anticoncepción de emergencia, emplear dosis única de 3 mg de levonorgestrel.
Rilpivirina	Aumenta concentración de etinilestradiol. No afecta la eficacia anticonceptiva.	No requiere ajuste de dosis.
Etravirina	Sin impacto significativo.	No requiere ajuste de dosis.
	Inhibidores de proteasa (IP)	
Atazanavir no potenciado	Aumenta la concentración de etinilestradiol y progestágenos. Probablemente sin impacto en eficacia anticonceptiva.	Emplear dosis de etinilestadiol no mayores a 30 µg. Monitorear toxicidad por progestágenos.
Atazanavir/cobicistat	Aumenta concentración de progestágenos (especialmente drospirenona). Sin datos sobre efecto en regímenes de sólo progestágeno basados en levonorgestrel, desogestrel o etonorgestrel.	Contraindicado con ACO que contengan drospirenona. Considerar MAC alternativo o rotar TARV.
Atazanavir/ritonavir	Disminuye niveles de etinilestradiol. Aumenta niveles de progestágenos (incluyendo regímenes de sólo progestágeno basada en levonorgestrel o desogestrel e implantes de etonorgestrel), probablemente sin impacto en su eficacia anticonceptiva.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 µg de etinilestradiol.
Darunavir/ritonavir	Disminuye niveles de progestágenos y etinilestradiol. Sin impacto significativo en eficacia de regímenes basados en implantes de etonorgestrel.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 µg de etinilestradiol. Considerar MAC alternativo o rotar TARV.
Darunavir/cobicistat	Disminuye niveles de etinilestradiol. Aumenta niveles de progestágenos (especialmente drospirenona). Probablemente sin impacto en eficacia de regímenes de sólo progestágeno basados en levonorgestrel, desogestrel o implantes de etonorgestrel.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 µg de etinilestradiol. Contraindicado con ACO que contengan drospirenona. Considerar MAC alternativo o rotar TARV.
Lopinavir /ritonavir**	Disminuye niveles de etinilestradiol. Aumenta niveles de progestágenos. Probablemente sin impacto en eficacia de regímenes de sólo progestágeno basados en levonorgestrel, desogestrel o implantes de etonorgestrel.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 µg de etinilestradiol. Monitorear toxicidad por progestágenos.

* Este cuadro incluye las interacciones entre los MAC y los ARV disponibles en la Argentina a agosto de 2019. Adaptado de: www.hiv-druginteractions.org

** De acuerdo a las recomendaciones vigentes y excepto en situaciones seleccionadas como la profilaxis de transmisión perinatal, no se recomienda el empleo de regímenes que contengan AZT y/o lopinavir/ritonavir por existir opciones con mejor posología y menor toxicidad.



Cuadro 16.1. Interacciones de relevancia entre drogas antirretrovirales y anticonceptivos hormonales y conducta recomendada.

Antirretrovirales	Efecto	Recomendación
	Inhibidores de la integrasa (II)	
Raltegravir	Sin interacciones significativas.	No requiere ajuste de dosis.
Dolutegravir		
Bictegravir		
Elvitegravir/cobicistat	Disminuye niveles de etinilestradiol. Aumenta niveles de progestágenos (especialmente drospirenona). Probablemente sin impacto en eficacia de regímenes de sólo progestágeno basados en levonorgestrel, desogestrel o implantes de etonorgestrel.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 µg de etinilestradiol. Contraindicado con ACO que contengan drospirenona. Monitorear toxicidad por progestágenos.
	Antagonistas del CCR5	
Maraviroc	Sin interacciones significativas.	No requiere ajuste de dosis.

A la fecha, no se han descripto interacciones de relevancia entre formulaciones de **Acetato de Medroxiprogesterona de depósito** y ninguno de los esquemas TARV actualmente disponibles.

Anticonceptivos sólo de progestágenos
En relación con el uso de anticonceptivos solo de progestágeno (orales, inyectable, anticoncepción hormonal de emergencia, DIU-LNG e implante), los datos existentes los presentan como opciones seguras y bien toleradas para las PcVIH que reciben TARV. Sin embargo, existen interacciones significativas con algunos esquemas TARV que pueden requerir un ajuste en la dosis (ver Cuadro 16.1.).

Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD)
El uso de AMPD es una opción anticonceptiva efectiva y segura en PcVIH con capacidad de gestar, con las ventajas de la comodidad de su posología (inyección trimestral) y la ausencia de interacciones de relevancia con el TARV. No hay evidencia concluyente de asociación entre el uso de AMPD y mayor riesgo de transmisión y/o adquisición del VIH[7].

Dispositivos intrauterinos
El riesgo de posibles complicaciones asociadas al uso de DIU (incluyendo expulsión, perforación uterina y enfermedad pelviana inflamatoria) es en general bajo, y no difiere significativamente en PcVIH en comparación a personas sin VIH[7].
El DIU (DIU Cu o DIU-LNG) puede considerarse un MAC apropiado para PcVIH sin patología cervical que tiene acceso apropiado a servicios médicos de seguimiento y control. No existen interacciones farmacológicas significativas entre el DIU-LNG y el TARV[7].

Anticoncepción quirúrgica
La ligadura de trompas y la vasectomía aparecen como alternativas anticonceptivas válidas para las personas con VIH. Son métodos seguros, sumamente eficaces y permanentes.

7. OMS. Hormonal contraceptive methods for women at high risk of HIV and living with HIV. [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 20]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128537/WHO_RHR_14.24_eng.pdf



Otros métodos
No existen contraindicaciones especiales para el uso de otros MAC como diafragmas, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (calendario, secreciones cervicales, etcétera) solos o combinados en PcVIH. Es fundamental brindar información de calidad sobre las diferencias entre los distintos métodos en términos de efectividad anticonceptiva y posibles efectos adversos, y recomendar en forma sistemática el uso de preservativo para evitar la transmisión del VIH y otras ITS, con una visión centrada en todo momento en el respeto de la autonomía de la persona usuaria.

La persona con VIH es quien debe elegir qué MAC utilizar entre las opciones disponibles y seguras para ella según los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME).

16.2. RECOMENDACIONES SEGÚN LA SITUACIÓN VITAL DE LA PCVIH

Anticoncepción en adolescentes con VIH
Frente a adolescentes con un estado clínico metabólico estable, se deben seguir las recomendaciones vigentes para el uso de anticonceptivos en la adolescencia (Ver Capítulo 14, apartado 14.1 Anticoncepción en la adolescencia), siempre teniendo en cuenta que algunos ARV empleados para el tratamiento de la infección por VIH pueden requerir un ajuste en la dosis o plantear la necesidad del uso de MAC alternativos y/o de rotar el TARV (ver en este Capítulo el Cuadro 16.1).

Anticoncepción en el puerperio inmediato en personas con vih
En relación al uso de AHC en el puerperio inmediato, se deben seguir las recomendaciones vigentes para el uso MAC durante el puerperio (ver Capítulo 15, apartado 15.2 Anticoncepción en el puerperio), siempre teniendo en cuenta que algunos ARV empleados para el tratamiento de la infección por VIH pueden requerir un ajuste en la dosis o plantear la necesidad del uso de MAC alternativos y/o de rotar el TARV (ver en este Capítulo el Cuadro 16.1).

16.3. RECOMENDACIONES PARA PAREJAS SERO-DISCORDANTES

Planificación reproductiva en parejas serodiscordantes

Indetectable = Intransmisible o I=I hace referencia al hecho de que las PcVIH que reciben TARV efectivo y mantienen una carga viral indetectable durante al menos seis meses no transmiten el virus por vía sexual. En el escenario de planificación reproductiva, es importante transmitir este concepto a las PcVIH y sus parejas sexuales teniendo en cuenta que siempre debe confirmarse la supresión virológica por laboratorio independientemente del tiempo que la PcVIH lleve en TARV. Para más información ver "Indetectable = Intransmisible (I=I). Documento de consenso de la DSETSHyT".[8]

Dado que I=I sólo aplica a la transmisión sexual del VIH y que las PcVIH pueden contraer y transmitir otras infecciones de transmisión sexual (ITS), resulta clave promover la detección y tratamiento temprano de ITS en las PcVIH y sus parejas en la etapa preconcepcional y durante el embarazo[9].

En el caso de planificación reproductiva en parejas serodiscordantes (en las que una de las personas tiene VIH y la otra no), si la PcVIH recibe TARV y mantiene la supresión virológica documentada durante al menos seis meses, no es necesario el empleo de métodos adicionales para prevenir la transmisión del VIH. Es importante recordar que de acuerdo a las recomendaciones vigentes, el tamizaje de VIH en personas embarazadas a través del ofrecimiento del test de VIH al menos en la consulta inicial y en el segundo y tercer trimestre debe realizarse independientemente de que su/s pareja/s con VIH mantengan una carga viral indetectable[9].

8. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/sida/index.php/equipos-de-salud/guias-y-recomendaciones#21
9. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud. Disponible en: www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000853cnt-2016-07_guia-transmision-perinatal.pdf



En parejas serodiscordantes en las que no pueda asegurarse que la PcVIH mantenga la supresión virológica, resulta clave un trabajo multidisciplinario para optimizar el TARV y la adherencia previa a la concepción. Si esto no fuera posible, debe considerarse fuertemente el uso de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) en la persona VIH negativa con capacidad de gestar para reducir el riesgo de transmisión del VIH en la periconcepción. Para mayor información, se recomienda consultar la Guía de Directrices Clínicas para Equipos de Salud sobre el uso de PrEP (DSyETS, 2019b).

Capítulo 17

Procedimientos para garantizar el acceso de la población a los métodos anticonceptivos

Puntos clave

✓ Son destinatarias/os de las acciones de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR) todas las personas, de todas las edades.

✓ El acceso a todos los métodos anticonceptivos (MAC) sin restricciones es necesario para que todas las personas puedan decidir con autonomía sobre su vida reproductiva.

✓ Las personas adolescentes deben tener especial acceso sin restricciones a los métodos anticonceptivos, ya que en ocasiones se ven sometidas a situaciones que ponen en riesgo su salud sexual y su salud reproductiva.

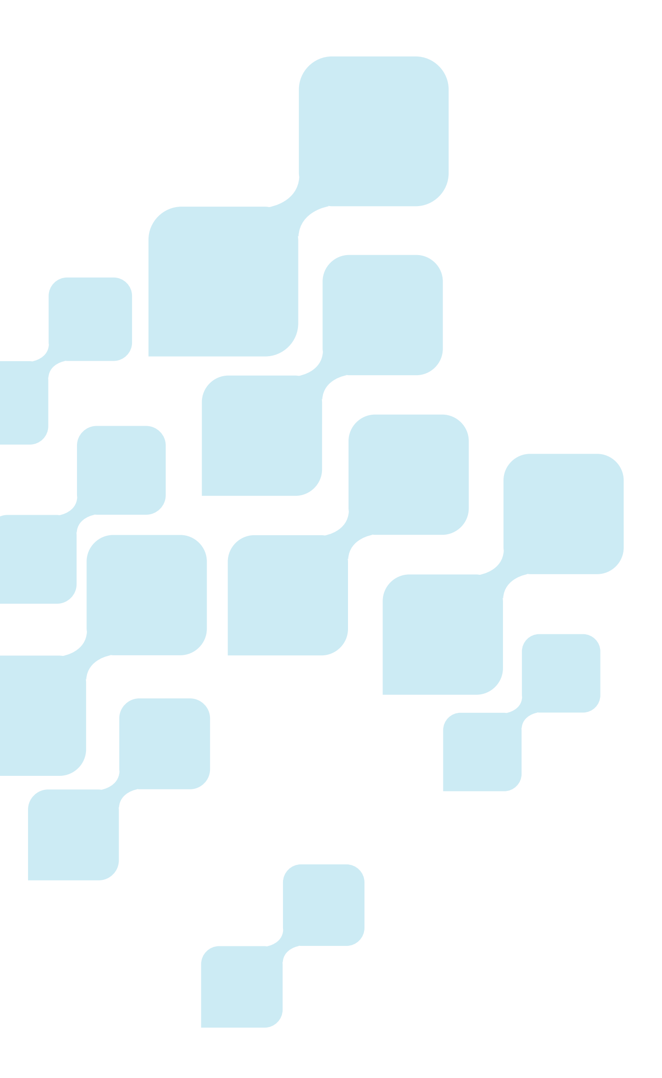
✓ Las personas con discapacidad (PCD) tienen los mismos derechos a elegir y acceder a métodos anticonceptivos que todas las personas.

✓ La negativa a entregar métodos anticonceptivos es una vulneración de derechos y constituye violencia contra la libertad reproductiva según lo establecido en la ley nacional 26.485.

✓ La falta de acceso a MAC produce embarazos no intencionales, una elevada tasa de embarazos en la adolescencia y de abortos.

✓ La falta de acceso a los métodos anticonceptivos es una de las principales causas que contribuyen a la morbimortalidad materna.

En la actualización 2019 de este capítulo participaron Damián Brat, Leonel Crudo y Fernanda Salomé Varino Pérez.



17.1 ACCESO SIN RESTRICCIONES

La **Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR)** del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación integra una serie acciones de política pública destinadas a garantizar derechos fundamentales de todas las personas.
Para garantizar el derecho de todas las personas a elegir si tener hijos/as o no, cuántos, cuándo y el espaciamiento entre sus nacimientos, uno de los ejes de las políticas sanitarias es asegurar la *disponibilidad gratuita* de insumos anticonceptivos. Esto significa que las personas puedan **elegir, obtener y usar anticonceptivos y preservativos de alta calidad en el momento que los necesitan.**

> *Cuando los requerimientos administrativos o formales impiden o se constituyen en una barrera para que las personas accedan a los métodos anticonceptivos, se vulneran derechos. Esta vulneración podría acarrear consecuencias administrativas y judiciales para quienes nieguen el acceso. Además de sanciones para el Estado a nivel internacional.*

17.2. GESTIÓN DE LOS INSUMOS ANTICONCEPTIVOS

La asistencia a la salud sexual y a la salud reproductiva requiere de un continuo suministro de insumos anticonceptivos, determinado por la efectividad de la cadena logística. El **Sistema de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos** de la DSSyR lleva adelante los procedimientos necesarios para que hospitales y centros de salud de todo el país cuenten en forma continua con una canasta variada de insumos para la población.

Esta cadena logística comienza con la selección de los insumos a adquirir, la estimación de las cantidades y su adquisición. La siguiente etapa es la planificación, distribución y el posterior



almacenamiento de los insumos. Estas acciones conllevan varios análisis intermedios, como ser el control de inventarios o stock tanto de los depósitos jurisdiccionales como de los establecimientos de salud del subsistema público, la evaluación de las necesidades de las distintas jurisdicciones en función de los cambios en la demanda en el transcurso del año anterior, planes en ejecución, solicitudes puntuales, etc.

El proceso culmina con la entrega del insumo a las personas usuarias, donde se genera la información del consumo o uso real, lo que permite cerrar el circuito. Todo este recorrido debe ser monitoreado y evaluado constantemente para garantizar la calidad del proceso y la accesibilidad a los métodos.

Actualmente las entregas de la DSSyR se realizan a través de la operatoria de la Coordinación de Medicamentos Esenciales. Los envíos se realizan de dos maneras diferenciadas: entregas a los depósitos centrales de cada jurisdicción/provincia y por intermedio de envíos directos de botiquines exclusivos de salud sexual a los establecimientos de salud. Dichos envíos se realizan de acuerdo a necesidades locales y a criterios logísticos de la DSSyR, a los establecimientos que están incluidos en la distribución de Medicamentos Esenciales. Los insumos/métodos anticonceptivos enviados a los depósitos son para abastecer principalmente a hospitales de segundo y tercer nivel de atención, a establecimientos no incluidos en la distribución de Medicamentos Esenciales y para reforzar a aquellos que reciben en forma directa.

Los equipos de salud de cada establecimiento, como parte de esta cadena, son el vínculo más importante que garantiza a las personas usuarias el acceso final a los insumos.

La correcta confección mensual de los Formularios de Control de Inventario (Formularios B de Medicamentos Esenciales) que releva el stock de los establecimientos de salud y el mismo formulario adaptado para los depósitos, permite determinar qué productos se necesitan, cuánto se debe adquirir próximamente y dónde deben ser distribuidos a mediano y largo plazo. Es fundamental, también, conocer la población con la que se trabaja, el manejo adecuado del inventario de anticonceptivos, el registro preciso y sistemático respecto a la provisión a usuarias/os, y el orden de los insumos de la farmacia o depósito.

La precisión y oportunidad de las demandas puntuales de los establecimientos hacia los/as responsables de salud sexual de cada jurisdicción permite realizar ajustes de corto plazo en los envíos nacionales y en el mejoramiento de la redistribución en dichos territorios.

En cada establecimiento deben existir al menos dos o tres encargados/as de recibir y controlar el botiquín exclusivo de salud sexual. Ante la llegada de los botiquines, los/as encargados/as deben revisar los remitos y verificar que coincidan con la entrega física. En caso de irregularidad, se tiene que dejar constancia de lo sucedido en cada una de las copias de los remitos firmados. Este paso es imprescindible para luego poder realizar el reclamo correspondiente.

La DSSyR recomienda que todo el equipo de salud se familiarice con el sistema aplicado y pueda trabajar con él, de modo de asegurar el suministro de métodos anticonceptivos siempre.

17.2.1. Responsabilidades y logística del efector de salud

Cada eslabón de la cadena del Sistema de Aseguramiento de Insumos tiene distintas responsabilidades, funciones y maneras de operar. A su vez, esto depende de cada lugar y situación específica.

Las responsabilidades comunes a los efectores de salud (hospitales y centros de salud) con respecto a la logística de los métodos anticonceptivos incluyen las siguientes actividades:

Diarias:

- *Mantener un seguimiento del tipo y cantidad de anticonceptivos entregados* a usuarias/os mediante el uso del formulario de registro correspondiente.

- *Mantener las condiciones apropiadas de almacenamiento para todos los insumos:* un ambiente limpio, seco, fuera del alcance del sol y protegido del calor extremo.

- *Suministrar los anticonceptivos según el criterio de manejo de inventarios de "Primero que Expira, Primero que Sale" (PEPS).* Esto significa que los productos con fecha de vencimiento más temprana son los primeros productos a distribuir o entregar. De esta manera es posible evitar desperdicios por vencimiento.

Regularmente (periodicidad determinada por el Sistema Logístico implementado):

- *Control de stock.* Cuando se procede a contar la cantidad de cada método que hay a disposición en el efector y determinar la cantidad de anticonceptivos a encargar, es un buen momento para inspeccionar los suministros, revisar problemas tales como envases y paquetes dañados, envoltorios de DIU que se abrieron, etc.

- *Actualización sistemática de las planillas/formularios* de registro que deben completar mensualmente los establecimientos. Formulario B, Formulario R, Planillas LARCS, etc.

- *Informar,* en caso de ser necesario, a la coordinación del Programa local de Salud Sexual y Reproductiva, o bien a la persona encargada de insumos sanitarios, *las necesidades o suspensiones de insumos que requieren en el corto plazo.*

La cantidad a solicitar debe tener en cuenta la necesidad del establecimiento para cubrir la demanda de insumos durante el período determinado, previendo posibles pérdidas, daños, el ajuste de las cantidades de insumos en los botiquines que se recepcionan y el aumento/reducción de la demanda.

- *Se sugiere siempre la existencia de un stock mínimo para cubrir la demanda en caso de un posible retraso en la entrega* de insumos al efector, por incremento repentino en la demanda y frente a la posibilidad de que se acabe el inventario o a causa de grandes pérdidas (por ejemplo, si el depósito se inunda o se suspende alguna entrega desde el nivel central). Este stock mínimo dependerá del espacio de almacenamiento con el que cuente el efector y de la disponibilidad de insumos a nivel central, tanto nacional como jurisdiccional.

- *Recibir los insumos anticonceptivos solicitados y cotejar lo que se recibe en función de lo que figura en el Remito.*

> *Ante la sospecha de falta de actividad terapéutica o desvío de calidad en alguno delos insumos de salud sexual, debe realizarse la denuncia correspondiente a la ANMAT, Departamento de Farmacovigilancia, y comunicar la situación inmediatamente al/la Responsable Provincial del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.*[1]

17.3. MODALIDADES DE ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS A LA POBLACIÓN

Deben registrarse todos los insumos de la DSSyR en los formularios correspondientes establecidos por la misma. Sin embargo, **el registro nunca puede representar una barrera de acceso a la entrega del método anticonceptivo.**

1. ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.
El modo de hacer la denuncia es mediante formulario electrónico, por correo postal o por correo electrónico. Para más información: Departamento de Farmacovigilancia de ANMAT, teléfono 0800-333-1234 (línea gratuita), fax 0114340-0866, snfvg@anmat.gov.ar, www.anmat.gov.ar/farmaco/farmacovigilancia.asp



Anticonceptivos Orales Combinados (ACO), Anticonceptivos Orales solo de Progestágeno (AOPS) – Minipíldora y Desogestrel–, Anticonceptivos Inyectables Mensuales

• Se sugiere la entrega de más de un tratamiento anticonceptivo por consulta, con el fin de evitar que las personas deban concurrir cada mes.

• Inicialmente y en las primeras consultas, es conveniente sugerir a la persona que vuelva en poco tiempo para compartir dificultades en el uso correcto del método y sus efectos secundarios. De todos modos, más allá de este acuerdo, es conveniente ofrecerle que vuelva en cualquier momento si se le presenta alguna duda o inquietud. Hacerlo de este modo, sin usar al insumo como coerción para una nueva consulta, puede ser una buena oportunidad de construcción de un vínculo de confianza que estimule la autonomía.

• *No se requiere el consentimiento de la pareja ni de un familiar ni de ninguna otra persona* para la provisión de anticonceptivos hormonales. Esto incluye a personas con discapacidad y a adolescentes, que tienen el mismo derecho de acceso autónomo que todas las personas (Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud).

• *No se requiere la realización de estudios de laboratorio para la provisión de anticonceptivos.* Es necesario realizar el control de presión arterial anual de personas usuarias de ACO y de Inyectable Mensual.

Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

• *La AHE debe proveerse a quien la solicite*, entendiéndose como insumo que previene embarazos no intencionales en situaciones de emergencia.

• *Debe estar a disposición en todo momento en que el centro de salud u hospital se encuentre abierto.* Si el efector cuenta con un sector de urgencia o guardia, deben contar con este insumo en ese sector.

• Por disponible debe entenderse no sólo la entrega del insumo cuando sea solicitado, sino también la ubicación del mismo en sectores donde la población que asiste al centro de salud pueda visualizarlo.

• *Puede proveerse a mujeres y varones y toda persona más allá de su identidad de género*. A personas adultas y adolescentes. Personas con discapacidad tienen el mismo derecho de acceso autónomo a la AHE.

• *Es recomendable entregar AHE de forma preventiva* en las consultas anticonceptivas a las personas usuarias de preservativos u otros métodos cuya efectividad depende de acciones de la persona (orales, inyectables, diafragma, parches, etc.) para que, ante una situación de emergencia, la tengan disponible.

• Cuando una persona refiere haber tenido una situación de sexo sin uso de método anticonceptivo es obligación del equipo profesional y no médico, en el consultorio y guardia, brindar AHE siempre.

• *No se requieren estudios de laboratorio* para la provisión de AHE.

• *No se requiere el consentimiento de la pareja*, ni de una persona adulta, ni cualquier otra persona.

• *En la guardia, se debe entregar el AHE siempre y sugerir a la persona que acuda en los próximos días a una consejería* en métodos anticonceptivos y la posibilidad de realizarse el testeo de VIH en el servicio de salud sexual y reproductiva del hospital o centro de salud.

Dispositivo intrauterino (DIU)

• *No se requiere realizar ni presentar resultados del Papanicolaou (PAP),* ecografías u otros estudios complementarios para su colocación.

• *No se requiere el consentimiento de la pareja* para la colocación de DIU.

• *No se requiere la autorización de adultos/as responsables* para que los/as adolescentes, *desde los 13 años*, puedan solicitar y acceder de manera autónoma al DIU.

• *No se requiere presentar "un testigo".*

• *No se requiere haber tenido hijas/os* para la colocación de DIU.

Preservativos

• *Disponer los preservativos de manera tal que las personas puedan abastecerse libremente,* ya sea a través de dispenser, cajas o canastas en lugares accesibles del efector de salud.

• *Su entrega a las personas usuarias es sin registro o receta.* Los preservativos se registran por caja cerrada, es decir de a 144. Caja abierta, es una caja que debe figurar como entregada en el Formulario B.

• *Deben entregarse a quien los solicite,* sin distinción de edad, sexo o nacionalidad, ni de ningún otro tipo.

• *No requerir DNI* ni otra identificación.

• *No se requiere consentimiento de adultos responsables* para la provisión de preservativos a niños, niñas y adolescentes (NNyA).

Materiales de difusión

• *Es importante asegurar la existencia de folletos y otros materiales de apoyo dentro de los consultorios y otros espacios de atención.* De este modo se facilita el trabajo profesional en consejería y consultas anticonceptivas oportunas.

• *Afiches, folletos y otros materiales deben ubicarse en lugares de fácil acceso* para la población.

• Los afiches deben colgarse en *lugares visibles.*

• *Invitar a las personas a llevarse folletería* y a leerla en la sala de espera.

17.3.1. Métodos Anticonceptivos para niñas/os y adolescentes

La ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable garantiza el acceso de las y los adolescentes a las consejerías y a los métodos anticonceptivos.

Las niñas y niños tienen derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo al desarrollo de su autonomía progresiva, información clara, completa y oportuna sobre métodos anticonceptivos y consejería en salud sexual y salud reproductiva.

Las y los adolescentes, **desde los 13 años de edad, tienen derecho a solicitar y acceder a todos los métodos anticonceptivos reversibles (incluyendo los de larga duración), de manera autónoma** (ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud). Debe ***mantenerse confidencialidad sobre la consulta y respetar su privacidad.***

Es deber de los equipos de salud poner en primer lugar, siempre y sobre todas las cosas, la protección de las niñas, niños y adolescentes, lo que en Derecho se conoce como el principio constitucional del "interés superior del niño".





Sobre los derechos de niñas/os y adolescentes (NNyA):

• NNyA siempre deben ser atendidos/as por los servicios de salud. No se requiere autorización de las/os representantes legales para acceder a la Consejería Integral de Salud Sexual por parte de adolescentes, niñas y niños.

• Las y los adolescentes (a partir de los 13 años) no necesitan acompañamiento de progenitores ni de otro/a adulto/a para elegir y que se les provean anticonceptivos reversibles (orales, inyectables, DIU, implante subdérmico, y anticoncepción hormonal de emergencia y preservativos).

• Las niñas y niños (personas menores de 13 años) tienen derecho a que se les prescriba preferentemente métodos de barrera, en particular el preservativo. En caso de otros métodos anticonceptivos, es necesario procurar la presencia de uno sus representantes legales o de un/a adulto de referencia.

• Si un/a niño/a asiste al servicio de salud sin la compañía de un/a adulto/a responsable y solicita la provisión de métodos anticonceptivos, corresponderá al equipo de salud, considerar su autonomía progresiva y determinar la conveniencia y oportunidad de proveer un método anticonceptivo, debiendo en todos los casos proteger el interés superior de niñas y niños (es decir la mayor protección simultánea de sus derechos). NNyA tienen derecho a ser escuchados siempre, así como a recibir información. Deben contenidos/as, brindando consultoría y atendiendo su situación singular. Evaluar posibles situaciones de abuso es también una responsabilidad de los equipos de salud.

La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva recomienda a los equipos de salud dos criterios para atender a NNyA:

• No perder la oportunidad de atender a chicos y chicas menores de 13 años cuando acuden a solicitar información, asesoramiento y métodos anticonceptivos.

• Si un/a niño/a o adolescente tiene autonomía suficiente y se reconoce a sí mismo/a sujeto con derecho a la información y al acceso a prácticas e insumos, a tal punto de asistir a un hospital o centro de salud sin compañía de una persona adulta, también tiene capacidad suficiente para comprender lo que pasa en la consulta y tomar sus propias decisiones.

17.3.2. Población migrante

En ningún caso la nacionalidad de las personas se puede convertir en una barrera de acceso a la provisión de insumos.
Los métodos anticonceptivos deben proveerse a las personas migrantes sin ninguna restricción. Tampoco puede condicionarse la provisión del método a la presentación de un documento de identidad.

No se requiere solicitar el DNI para entregar métodos anticonceptivos. Hacerlo, constituye una barrera de acceso.

Abreviaturas
Bibliografía

ABREVIATURAS

A.

AAS: Ácido Acetilsalicílico
ACI: Anticonceptivo Combinado Inyectable
ACO: Anticonceptivo Combinado Oral
ACOG: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
ACV: Accidente Cerebrovascular
AE: Anticoncepción de Emergencia
AHC: Anticonceptivo Hormonal Combinado
AHE: Anticoncepción Hormonal de Emergencia
AINE: Antiinflamatorio No Esteroide
AIPE: Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico
AMADA: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción
AMPD: Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito
ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
AOPS: Anticonceptivo Oral de Progest·genos Solo
AQ: Anticoncepción Quirúrgica
ARV: Antirretrovirales
ASP: Anticonceptivos Sólo de Progest·genos
AUP: Actato de Ulipristal
AVC: Anillo vaginal combinado

C.

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud
CCyC: Código Civil y Comercial de la Nación
CDPC: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CME: Criterios Médicos de Elegibilidad
CPN: Código Penal de la Nación
Cu: Cobre
CV: Carga Viral

D.

DBT: Diabetes
DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud
DIU: Dispositivo Intrauterino
DIU Cu: Dispositivo Intrauterino con Cobre
DIU LNG: Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel
DIUPP: Dispositivo Intrauterino Post Parto Inmediato
DR: Derechos Reproductivos
DS: Derechos Sexuales
DSETSHyT: Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC
DSyDR: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
DSSyR: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

E.

EE: Etinilestradiol
EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria
ETG: Etonogestrel
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

F.

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FSH: Hormona Folículo Estimulante
FSRH: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (Facultad de Salud Sexual y Reproductiva del RCOG)
FUM: Fecha de última Menstruación

G.

GnRH: Factor Liberador de Gonadotrofinas

H.

HCG: Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana
HTA: Hipertensión Arterial

I.

ICEC: Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia
II: Inhibidores de la Integrasa
ILE: Interrupción Legal del Embarazo
IM: Infarto de Miocardio
IMAP: Improving Management of Mildly Abnormal Pap Smears
IMC: Índice de Masa Corporal
INTR: Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa
INNTR: Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa
IP: Inhibidores de Proteasa
IPPF: International Planned Parenthood Federation
ITGS: Infección del Tracto Genital Superior
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

L.

LARC: Long Acting Reversible Contraception (Anticonceptivo Reversible de Larga Duración)
LES: Lupus Eritematoso Sistémico
LH: Hormona Luteneizante
LNG: Levonorgestrel
LT: Ligadura de Trompas

M.

MAC: Métodos Anticonceptivos
MBCF: MÉtodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad
MELA: Método de la Lactancia y Amenorrea

N.

NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical
NNyA: NiÒas, NiÒos y Adolescentes

O.

OCI: Orificio Cervical Interno
OMS: Organización Mundial de la Salud

P.

PAP: Papanicolaou
PCD: Persona con Discapacidad
PcVIH: Persona con Virus de Inmunodeficiencia Humana
PEP: Profilaxis Post Exposición
PEPS: Primero que Expira, Primero que Sale
PNSSyPR: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
PrEP: Profilaxis Pre-Exposición
PT: Pruebas Treponémicas
PNT: Pruebas No Treponémicas

R.

RCOG: Royal College of the Obstetricians and Gynaecologists

S.

SC: Sífilis congénita



T.

TA: Tensión Arterial
TARV: Tratamiento Antirretroviral
TBC: Tuberculosis
TEV: Tromboembolismo Venoso
TGS: Tracto Genital Superior
TVP: Trombosis Venosa Profunda

U.

UNFPA: United Nations Population Fund - Fondo de Población de las Naciones Unidas

V.

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
VE: Valerato de Estradiol
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH: Virus de Papiloma Humano

W.

WB: Western Blot

BIBLIOGRAFÍA

Por título

Adherence to long term therapies: evidence for action. World Health Organization. 2003

Anticoncepción de urgencia. OMS. Nota descriptiva N°244. Febrero de 2016
Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/

Anticoncepción del siglo XXI. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA). Buenos Aires: Ed. Ascune Hnos., 2005: 230-26.

Anticoncepción Hormonal de Emergencia. Guía de procedimientos para los profesionales de la salud. PNSSyPR, MSAL, 2007. Disponible en: http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento103.pdf

Anticonceptivos orales hormonales combinados y riesgo de tromboembolia venosa. OMS. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/coc/es/

Avances en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y reproductiva. SAEGRE. 1° edición Buenos Aires, Editorial ASCUNE, 2012.

Boletín sobre el VIH-Sida en la Argentina. Año XI, N° 25. Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación, agosto 2008.
Cambiemos las preguntas. Campaña Nacional por una atención digna de las lesbianas y mujeres bisexuales en los sistemas de salud. Centro latinoamericano en sexualidad y derechos humanos, 2006. Disponible en: www.clam.org.br/pdf/cambiemos.pdf

Cambio de los criterios de elegibilidad en el post parto. Declaración de la OMS sobre el uso de anticonceptivos hormonales combinados durante el período posparto. (Adaptación Lía Arribas). Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA). Disponible en: http://www.amada.org.ar/novedades.php

Capacitación sobre acceso al diagnóstico de VIH y sífilis. Material de trabajo. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2011.

Choice Project. En http://www.choiceproject.wustl.edu/

Clinical Challenges of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. Practice Bulletin Number 672. American College of Obstetricians and Gynecologists. September 2016. Disponible en: www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/Clinical-Challenges-of-Long-Acting-Reversible-Contraceptive-Methods?IsMobileSet=false

Combined Hormonal Contraceptives. European Medicines Agency, 2013. Disponible en: www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/gener al/general_content_000581.jsp&mid=WC0b01ac05806b6b24



Combined Hormonal Contraception. Clinical Guideline. FSRH (January 2019, Amended July 2019). Disponible en: www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/

Combined hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: a guideline Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama. Fertility and Sterility Vol. 107, No. 1, January 2017

Consejerías en salud sexual y reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. PNSSyPR, Ministerio de Salud de la Nación, 2015. Disponible en: http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento190.pdf

Consenso sobre anticoncepción de emergencia. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA). Disponible en: http://www.amada.org.ar/PDF/anticoncepcion_hormonal_emergencia.pdf

Consenso sobre Dispositivos Intrauterinos. Sociedades participantes: Asociación Medica Argentina de Anticoncepción (AMADA), Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Centro de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA). Revista AMADA Vol. 2 Nº 1, agosto 2006: 5-25. Disponible en: http://www.amada.org.ar/images/consenso_dispositivos_intrauterinos.pdf

Contraceptive Choices for Young People. Clinical Effectiveness Unit. Clinical Guideline. FSRH (RCOG). March 2010. Disponible en: www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-young-people-mar-2010/

Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Guías de Prácticas Esenciales OMS. Ginebra: Biblioteca OMS, 2007.

Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. World Health Organization. 2017. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254885/9789241549998-eng.pdf

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 5ª edición 2015. Resumen ejecutivo. Organización Mundial de la Salud, 2015. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/

Cyproterone and ethinylestradiol containing medicinal products. 2013. European Medicines Agency Pharmacovigilance Risk Assessment Committee. Disponible en: www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/cyproterone-ethinylestradiol-containing-medicines

Declaración del IMAP sobre prevención del Cáncer Cervical y posible Función de la Vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH). Boletín Médico de IPPF, sep. 2007, tomo 41, No 3.

Department of Reproductive Health and Research: Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010.

Diagnóstico y Terapéutica en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva - SAEGRE. Buenos Aires: Ed. Journal, 2006.

Diversidad sexual: Conceptos para pensar y trabajar en salud. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2011.

Emergency Contraception FSRH Guideline March 2017 (updated 29 May 2017). Disponible en: www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/

Estudio de Seguimiento y Adherencia al Implante Subdérmico en Adolescentes y Jóvenes en la Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de investigación. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, 2018. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe_implante.pdf

FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Munro M, Critchley H, Broder M, Fraser I; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. Int J Gynec Obst 113 (2011) 3–13

FIGO Recommendations on Terminologies and Definitions for Normal and Abnormal Uterine Bleeding. Ian S. Fraser, M.D.,1 Hilary O.D. Critchley, M.D.,2 Michael Broder, M.D.,3 and Malcolm G. Munro, M.D.4. Seminars in Reproductive Medicine/Volume 29, Number 5, 2011. Disponible en: http://www.pharllc.com/wp-content/uploads/2014/03/Fraser-Semin-Reprod-Med-2011.pdf

FSRH statement in response to the Combined Pill Communication from the Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA). February 2014. Disponible en: http://www.fsrh.org/pdfs/FacultyStatementCombinedPill.pdf 3.

Guía de atención integral de las mujeres con infección por VIH. Ministerio de Salud de la Nación-UNFPA, 2009. Disponible en: www.msal.gov.ar/sida

Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia – Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2014. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000695cnt-0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf

Guía para la atención integral de las mujeres con infección por VIH, capítulo "Opciones anticonceptivas para personas con VIH". Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2011. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/sida/

Hoja informativa sobre la seguridad de la AHE de LNG. Organización Mundial de la Salud, abril 2010. Disponible en: http://www.emergencycontraception.org/PDF/WHO_RHR_HRP_10.06_spa.pdf

Hormonal contraceptive methods for women at high risk of HIV and living with HIV. World Health Organization. 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128537/WHO_RHR_14.24_eng.pdf



Indetectable= Intransmisible (I=I). 2019. Documento de consenso de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001546cnt-2019-08-28_indetectable-igual-intrasmisible.pdf

Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. Bulletin Number 642, American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. October 2015. Disponible en: www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/Increasing-Access-to-Contraceptive-Implants-and-Intrauterine-Devices-to-Reduce-Unintended-Pregnancy?IsMobileSet=false

Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Practice Bulletin No. 121. American College of Obstetricians and Gynecologists. ObstetGynecol2011; 118: 184–96

Mecanismo de acción ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel previenen el embarazo? Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia (ICEC) y Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Disponible en Web Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia: http://www.emergencycontraception.org/

Mecanismo de acción AHE de LNG. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), 2011. Disponible en: www.amada.org.ar/downloads/MOA_FINAL_2011.pdf

Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Organización Mundial de la Salud, 2015. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/

Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras. Instructivo para la distribución de insumos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. PNSSyPR, MSAL, 2010.

Opciones anticonceptivas para personas con VIH. Guía para la atención integral de las mujeres con infección por VIH. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2011. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/sida/

Planificación Familiar. Un manual mundial para proveedores. Organización Mundial de la Salud, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2007.

Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. 2016. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000853cnt-2016-07_guia-transmision-perinatal.pdf

Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. 2016. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000853cnt-2016-07_guia-transmision-perinatal.pdf

Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review Journal of Women's Health Volume 24, Number 5, 2015. El proyecto CHOICE, la revisión. Traducción y comentarios: Dra. Cecilia Martinez, Dra. Lia Arribas. Revista AMADA, vol 14, 2016 Progestogen-only Implants. Unit FSRH Guidance. Clinical Effectiveness February 2014- Updated January 2016. ISSN 1755-103X. Disponible en: www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-implants-feb-2014/

Progestogen-only Injectable. Clinical Guidance. FSRH. December 2014 (December 2014, Amended April 2019). Disponible en: www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-injectables-dec-2014/

Progestogen-only Pills. FSRH Guidance. Clinical Effectiveness Unit. March 2015- Updated January 2019. ISSN 1755-103X. www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-pop-mar-2015/

Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. 2015. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-protocolo_atencion_victimas_violaciones.pdf

Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes. Coordinación Sida, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2004.

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición, 2018. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf;jsessionid=F90D14736528379967E50C4EE5A5BE6E?sequence=1

U.S Medical Elegibility Criteria for Contraceptive Use. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2009.

Use of combined oral contraception and risk of venous thromboembolism. Faculty of sexual and reproductive healthcare (RCOG). Statement from the Clinical Effectiveness Unit. May 2015

UK Medical Elegibility criteria for Contraceptive Use. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2006-2016.



Por autor

Adams Hillard, Paula J.,M.D. What Is LARC? And Why Does It Matter for Adolescents and Young Adults? Journal of Adolescent Health 52 (2013) S1eS5. Disponible en: http://nmgrads.org/training/tab8/fall2013/WhatisLARC.pdf

Allen, Rebecca H. MD MPH; Cwiak, Carrie A. MD MPH; Kaunitz, Andrew M. MD. Contraception in women over 40 years of age. CMAJ 2013. Disponible en: http://www.cmaj.ca/content/185/7/565/tab-article-info

Borrero, Sonya; Zite, Nikki. Female sterilisation in the United States. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, October 2011; 16: 336–340. Disponible en: www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13625187.2011.604451

Belzer, M.; Sancez, K.; Olson, J. and Jacobs, A.J. Advance Supply of Emergency contraception: a randomized trial in adolescent mothers. The Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2005; 18:347-354.

Castellsagué, X., Díaz, M., Vaccarella, S., et al. Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies. The Lancet Oncology, 2011; 12: 1023-1031.

Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. N Engl J Med. 2016 Sep 1; 375(9):830–9.

Curtisa, Kathryn M.; Mohllajeea, Anshu P.; Peterson,Herbert B. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. Contraception 73 (2006) 205 – 210
Diedrich J et al. Three-year Continuation of Reversible Contraception Am J Obstet Gynecol. 2015 November; 213(5): 662.e1–662.e8. doi:10.1016/j.ajog.2015.08.001.

Ellertson, C., Ambardekar, S., Hedley, A., Coyaji, K., Trussell, J. and Blanchard, K. Emergency contraception: Randomized comparison of advance provision and information only. Obstetrics & Gynecology, 2001; 98: 570-575.

Glasier, Anna and Baird, David. The effects of self-administering emergency contraception. The New England Journal of Medicine (NEJM), 1998; 339: 1-4.

Gogna ML, Pecheny MM, Ibarlucía I, Manzelli H, López SB. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives. Soc Sci Med 1982. 2009 Sep;69(6):813–20.

Gold, MA., Wolford, JE., Smith, KA. and Parker, AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. The Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2004; 17: 87-96.

Gómez-Suárez M, Mello MB, Gonzalez MA, Ghidinelli M, Pérez F. Access to sexual and reproductive health services for women living with HIV in Latin America and the Caribbean: systematic review of the literature. J Int AIDS Soc. 2019 Apr;22(4):e25273.

Graham, A., Moore, L., Sharp, D. and Diamond, I. Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: cluster randomized controlled trial of a teacher led intervention. The British Medical Journal (BMJ), 2002; 324: 1179-1184.

Harper, CC., Cheong, M., Rocca, CH., Darney, PD. and Raine, TR. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. Obstetrics & Gynecology, 2005; 106: 483-491.

Heard, Isabelle. Data from the French Cohort Studies and Framing the French Contraceptives Guidelines. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (JAIDS), 2005; 38, Supplement 1:29-31.

Hedenmalm, K; Samuelsson, E. Fatal venous thromboembolism associated with different combined oral contraceptives: a study of incidences and potential biases in spontaneous reporting. Drug Saf. 2005;28(10):907-16

Highton, Elena y Wierzba, Sandra. La relación médico-paciente; el consentimiento informado, Editorial Ad Hoc, 1991: 11.
Hormonal contraceptive methods for women at high risk of HIV and living with HIV. World Health Organization. [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 20]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128537/WHO_RHR_14.24_eng.pdf

Jackson, R.A., Schwartz, E.B., Freedman, L. and Darney, P. Advance supply of emergency contraception: Effect on use and usual contraception - a randomized trial. Obstetrics & Gynecology, 2003; 102: 8-16.

Kennedy, Kathy y col. Consensus statement: Lactational amenorrhoea method for family planning. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 1996; 54 (1): 55-57.
Kikuchi K, Wakasugi N, Poudel KC, Sakisaka K, Jimba M. High rate of unintended pregnancies after knowing of HIV infection among HIV positive women under antiretroviral treatment in Kigali, Rwanda. Biosci Trends. 2011 Dec;5(6):255–63.

Lo, SST., Fan, SYS., Ho, PC. and Glasier, AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized trial. Human Reproduction, 2004; 19: 2404-2410.

Loutfy M, Raboud J, Wong J, Yudin M, Diong C, Blitz S, et al. High prevalence of unintended pregnancies in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a retrospective study. HIV Med. 2012 Feb;13(2):107–17.

Meyer, JL., Gold, MA. and Haggerty, CL. Advance provision of emergency contraception among adolescent and young adult women: A systematic review of literature. The Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2010, Sep. 24).

Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS Lond Engl. 2014 Jun 19; 28 (10):1509–19.

Raine, T.R., Harper, C.C. and Rocca, CH., et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs. The Journal of American Medical Association (JAMA), 2005; 293: 54-62.



Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Lunzen J van, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. JAMA. 2016 Jul 12; 316(2):171–81.

Trussell, James. Contraceptive efficacy. Contraceptive technology. Hatcher R. y col., editores. 19ª ed. rev., 2007.

Trussell, James. Contraceptive failure in the United States. Contraception, 2004; 70 (2): 89–96









Línea Salud Sexual
0800 222 3444
argentina.gob.ar/salud/saludsexual

La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva presenta la actualización 2019 de **Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud,** una publicación de la serie de Actualización Profesional.

Esta guía presenta información actualizada, validada científicamente y de uso práctico sobre los métodos anticonceptivos. Está destinada a integrantes de equipos de salud que realizan consejerías en salud sexual y salud reproductiva, especialmente a quienes tienen a su cargo la tarea de prescribir los métodos anticonceptivos.

La actualización médica de este material se realizó basada en las últimas publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre recomendaciones y criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos y contó con la revisión técnica de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA).

El énfasis de la publicación está puesto en la realización de una consejería de calidad, basada en cada situación singular, de salud y contexto de vida, considerando los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS como parámetro para brindar información científicamente validada, orientar y acompañar a las personas en la toma de decisiones sobre el anticonceptivo que van a utilizar.

La reedición incluye una adecuación al marco jurídico vigente donde se incorporan actualizaciones en cuanto al acceso autónomo de acuerdo a la edad y el reconocimiento del principio de capacidad para el ejercicio de los derechos de todas las personas por igual. A su vez, profundiza la incorporación de una perspectiva de atención que incluya la diversidad sexual, corporal, de género y a las personas con discapacidad.

La publicación presenta información precisa por capítulos sobre métodos de barrera, hormonales combinados, hormonales solo de progestágenos, anticoncepción hormonal de emergencia, dispositivos intrauterinos, anticoncepción quirúrgica, métodos químicos y métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

Hay capítulos específicos dedicados a la anticoncepción en la adolescencia y en la perimenopausia; a la anticoncepción luego de un evento obstétrico, que incluye la estrategia de la anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE), y a la anticoncepción en personas con VIH y sus parejas.

Finalmente se presentan procedimientos para garantizar el acceso de la población a los métodos anticonceptivos, de qué forma remover barreras de acceso y así garantizar el cumplimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos de todas las personas de acuerdo al marco de actualización profesional y los avances normativos que regulan el campo.

Esta publicación incluye una **Lámina** y un **Disco** para aplicación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos. Son materiales de apoyo a la práctica diaria para un acceso rápido a la información técnica específica.

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
Secretaría de Gobierno de Salud

República Argentina
salud.gob.ar
Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de Gobierno de Salud

Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación